



Hur mår de allra äldsta i Stockholms län?

Hälsa och livsvillkor bland personer som är 85 år och äldre i Stockholms län



Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Fors S, Georgelis A, Hadlaczky G, Hökby S, Kosidou K, Nord M, Pyko A, Lager A. Hur mår de allra äldsta i Stockholms län? Hälsa och livsvillkor bland personer som är 85 år och äldre i Stockholms län. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2023. Rapport 2023:6.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.slso@regionstockholm.se

Rapport 2023:6

ISBN 978-91-988020-7-8

Författare: Stefan Fors, Antonios Georgelis, Gergö Hadlaczky, Sebastian Hökby, Kyriaki Kosidou, Martina Nord, Andrei Pyko, Anton Lager.

Språkgranskning: Ulrika Berg Roos

Layout: Viktoria Jonze

Omslagsfoto: Scott Griessel/Mostphotos

Stockholm september 2023

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Förord

Stockholm åldras. Antalet personer som är 85 år och äldre förväntas öka betydligt i länet under de närmsta åren. Det är en grupp som präglas av stor sjukdomsburda och en hög vårdkonsumtion. Samtidigt finns det stora variationer inom gruppen. Medan många äldre personer har flera sjukdomar, konsumerar mycket vård och behöver mycket stöd och hjälp i vardagen, är andra relativt friska och klarar sig själva. Mot bakgrund av den demografiska utvecklingen är det alltså mycket viktigt att kartlägga och följa hälsoläget i gruppen.

Med den här rapporten vill vi bidra till en övergripande bild av hälsan bland de allra äldsta personerna i Stockholms län. För att göra det har vi tagit ett brett grepp på hälsan där vi utifrån både register och äldres personers egna upplevelser analyserar förekomsten av specifika fysiska hälsotillstånd, olika typer av funktionsnedsättningar, psykisk hälsa, självmord och boendeförhållanden. Dessutom presenterar vi data om den sexuella hälsan i gruppen, ett område där det hittills funnits mycket begränsad kunskap.

Vi hoppas att rapporten kan användas av personer och grupper som i sin verksamhet är hjälpta av en ökad förståelse av den demografiska utvecklingen, hälsan och funktionsförmågan bland de allra äldsta personerna i Stockholms län. Rapporten vänder sig också till den intresserade allmänheten. Vi ser rapporten som ett komplement till Folkhälsorapport 2023, som publicerades tidigare i år.

Rapporten har skrivits i samarbete mellan experter från Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES), Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) samt Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM).

Henna Hasson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	5
Bakgrund	7
Syfte	11
Metod.....	12
Fysisk hälsa.....	15
Funktionsnedsättningar	21
Psykisk ohälsa och självmordstankar	26
Sexuell hälsa	31
Bostadsförhållanden och hälsa.....	35
Diskussion och slutsatser	38
Referenser.....	42
Bilaga	46

Sammanfattning

Stockholm blir allt äldre. Under de närmaste tio åren beräknas antalet personer som är 85 år och äldre i Stockholms län att öka med drygt 70 procent, från knappt 50 000 till drygt 86 000. Det är en grupp som präglas av hög sjukdomsbörda. Mot bakgrund av den demografiska utvecklingen vill vi med den här rapporten ge en bred bild av folkhälsan i gruppen. Data är insamlad genom intervjuer, kompletterat med enkäter och registerdata.

Mer än hälften av de äldre personer som vid en intervju tillfrågades om sin hälsa uppgav att den var sämre än ”bra”. Var fjärde person som ingick i undersökningen fick inte frågan, eftersom de var för sjuka eller sköra för att själva kunna svara på frågor. Ungefär 40 procent anger att de har ont i muskler och leder, och 42 procent av kvinnorna och 56 procent av männen att de har fallit minst en gång det senaste året.

Andelen som drabbas av akuta hjärtinfarkter eller andra ischemiska hjärtsjukdomar har minskat över tid, liksom stroke. Andelen som diagnostiserats med cancer årligen har däremot ökat något över tid i gruppen.

De flesta behöver hjälp i vardagen

Att ha fysisk och kognitiv förmåga att klara sig utan hjälp brukar värderas högt av äldre. Mer än hälften av de som är 85 år och äldre klarar sig inte själva, utan behöver någon form av hjälp med vardagliga aktiviteter. 49 procent av kvinnorna och 38 procent av männen uppger att de har nedsatt mobilitet, och nästan 30 procent av både männen och kvinnorna att de har nedsatt syn. Även nedsatt kognition är vanligt. Knappt 30 procent av personerna i undersökningen hade en demenssjukdom, kunde inte delta i intervjun själv på grund av nedsatt kognition eller hade ett resultat på ett kognitivt test som indikerar att de kan ha en demenssjukdom.

I undersökningen bodde var femte kvinna och var tionde man i särskilt boende där de kan få hjälp med vardagliga aktiviteter. Även de som bor i eget boende har behov av stöd. Det vanligaste är att man behöver hjälp med hushållsaktiviteter, som att städa (cirka 45 procent) eller handla mat (cirka 30 procent). Nästan 30 procent av männen uppger att de inte kan laga mat utan hjälp, medan motsvarande andel bland kvinnorna är 17 procent.

Tre av tio behöver även hjälp med sin egenvård, såsom med att sköta hygien och klä på och av sig.

Psykisk ohälsa är vanligt förekommande

Personer som är 85 år och äldre har de högsta självmordstalen i befolkningen och överrisken är särskilt påtaglig bland män. Under perioden 2000–2020 avled i genomsnitt 58 män och 18 kvinnor per 100 000 personer i åldersgruppen i självmord, per år. I undersökningen uppgav var tionde att de haft självmordstankar de senaste två veckorna.

Nästan hälften av deltagarna uppvisade också att de var i riskgrupp för depression när de testades med ett screeninginstrument för depression.

De flesta är nöjda med sin sexuella hälsa

Av de tillfrågade uppgav var femte man och var tionde kvinna att de varit sexuellt aktiva under det senaste året. Merparten av de svarande uppgav att de var nöjda med sitt sexliv, och nöjdast var de som varit sexuellt aktiva. Trots det var det en betydande andel som uppgav att de hade haft problem relaterade till sitt sexliv under det senaste året.

Många har problem med temperaturen i bostaden

Buller, föroreningar samt höga och låga temperaturer i bostaden kan leda till hälsoproblem. Trots att många av de äldre bodde i områden med påtagliga bullernivåer var det få som uppgav att de besvärades av buller. Det var betydligt vanligare att man uppgav att det var för varmt i bostaden under sommaren, samt för kallt under vintern.

Mer än hälften av de äldre som deltog i undersökningen anger att de besöker ett grönområde minst några gånger per vecka under sommarhalvåret, var tredje person gör det varje dag. Under vintern sjunker andelen.

Vi behöver ta höjd för en åldrande befolkning

Att gruppen som är 85 år och äldre ökar kraftigt är i grund och botten en mycket positiv utveckling. Den följer av att stora årskullar nu når höga åldrar, delvis som en följd av god folkhälsa och låga dödsrisker tidigare i livet. Samtidigt är det en utmaning för samhället. Effektiva vård- och omsorgsinsatser kan bidra till att möjliggöra meningsfulla aktiviteter i och utanför bostaden samt att upprätthålla sociala relationer, även för äldre personer som har olika typer av hälsoproblem och funktionsnedsättningar.

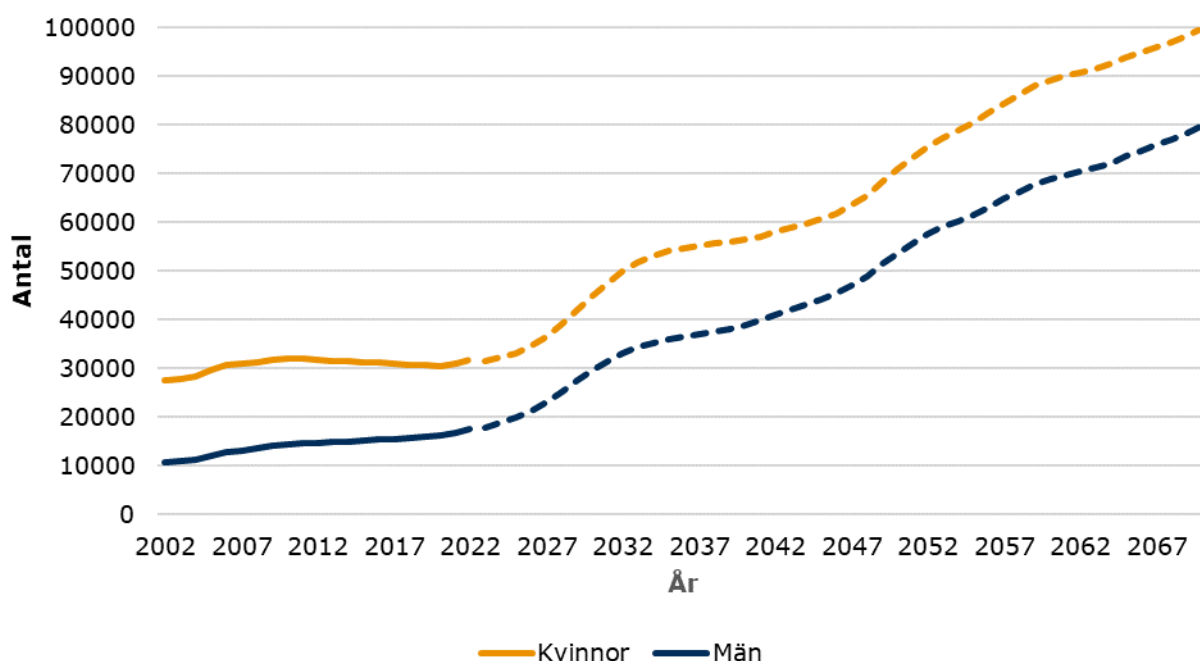
Bakgrund

Det här är en rapport om hälsa och livsvillkor bland de allra äldsta personerna i Stockholms län. Det finns ingen vedertagen definition av vilka som ingår i gruppen av de allra äldsta, men ofta använder man sig av den nedre åldersgränsen 85 år. Det gör vi också i den här rapporten. Det är en grupp där det är vanligt med sjukdomar och funktionsnedsättningar, men där det även finns stor variation. Vissa personer i gruppen är helt beroende av hjälp och stöd för att klara sin vardag, medan andra har få hälsoproblem och inga problem att klara sin vardag själva.

Antalet äldre personer i Stockholms län ökar

År 2022 var det drygt 49 000 personer i Stockholms län som var 85 år eller äldre, vilket motsvarar 2 procent av den totala befolkningen i länet [1].

Antalet personer som är 85 år och äldre i länet ökade något år 2002–2022, och ökningen förväntas gå betydligt snabbare framöver (se figur 1). Närmast förväntas en betydande ökning av antalet personer i gruppen under perioden 2026–2032, då stora grupper av personer födda på 1940-talet blir 85 år. Mellan år 2023 och 2032 förväntas antalet som är 85 år eller äldre öka med drygt 70 procent.



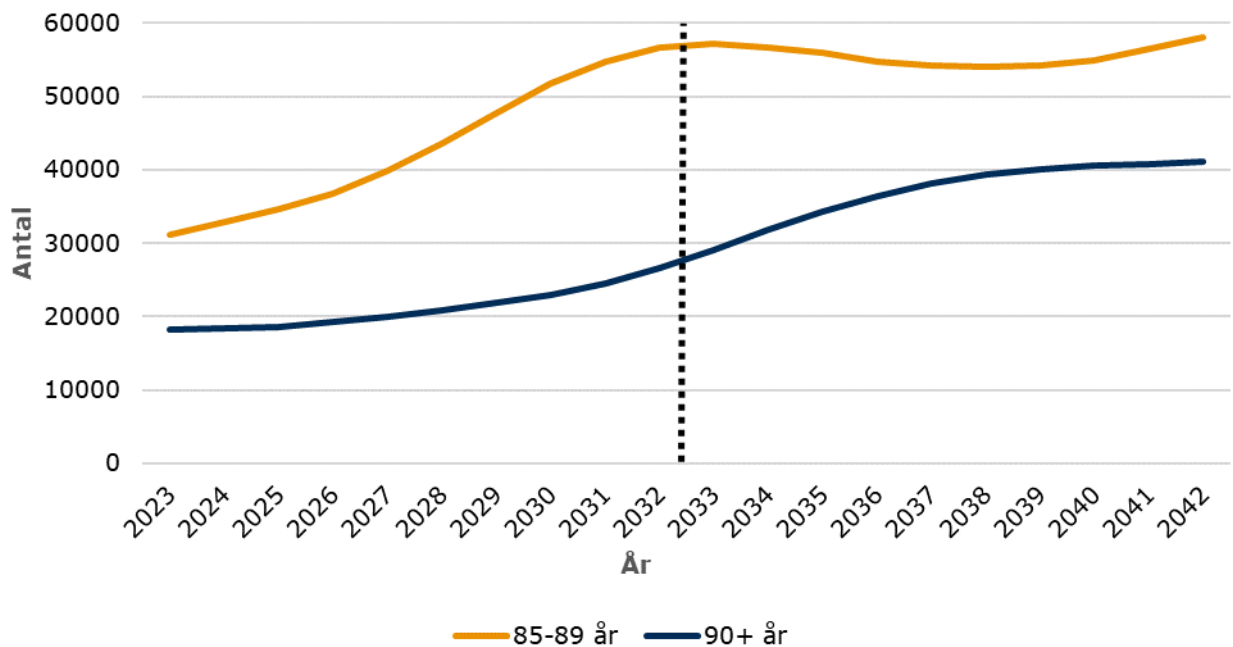
Figur 1. Antal personer 85 år och äldre i Stockholms län år 2002–2022, med prognos till år 2070, uppdelat efter kön.

Källa: SCB.

Den äldre befolkningen blir allt äldre

Under perioden 2023–2032 sker en stor ökning av gruppen 85 år och äldre (se figur 2). Då är det framför allt gruppen 85–89 år som växer kraftigt. Under perioden 2033–2043 är den totala tillväxten av gruppen betydligt mindre, men i gengäld ökar

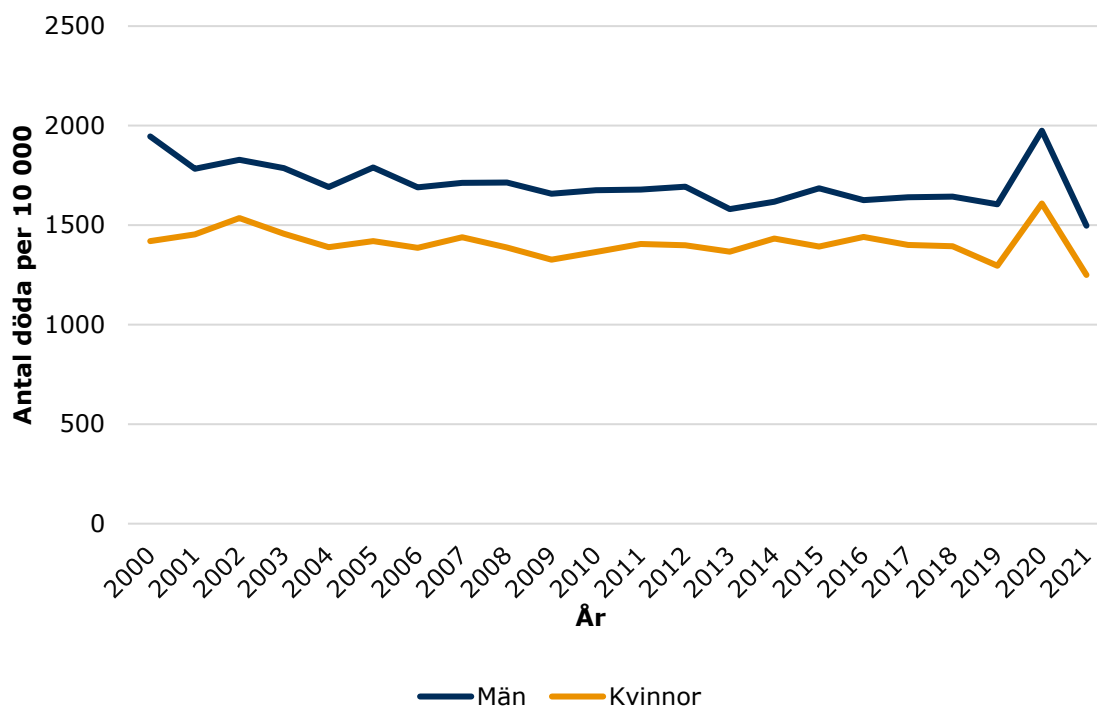
gruppen som är 90 år och äldre betydligt. I grova drag kan man alltså säga att vi under de närmaste tio åren kommer att se en ökning av gruppen som är 85 år och äldre i Stockholms län, och under de tio följande åren kommer vi att se en föråldring av den gruppen.



Figur 2. Prognos över antal personer 85–89 år samt 90 år eller äldre i Stockholms län år 2023–2042. Den streckade linjen skiljer den första tioårsperioden från den andra.

Källa: SCB.

Det är huvudsakligen två faktorer som bidrar till att befolkningen åldras. Den ena är att stora födelsekohorter växer upp och når höga åldrar. Den andra är att människor i genomsnitt lever allt längre. Det är väl känt att medellivslängden vid födseln har ökat betydligt över tid, men även i gruppen som är 85 år och äldre har överlevnaden ökat över tid. Under perioden 2000–2021 har dödligheten minskat för både kvinnor och män, med undantag för det första året av covid-19-pandemin då en kraftig ökning i dödligheten kan observeras (se figur 3).



Figur 3. Antal döda per år, per 10 000 personer i befolkningen, i gruppen som är 85 år och äldre i Stockholms län, år 2000–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Socialstyrelsen.

Vi behöver veta mer om folkhälsan bland äldre personer

Generellt vet vi mindre om folkhälsan bland de allra äldsta än om folkhälsan i andra åldersgrupper. Visserligen är det vanligt att personer i gruppen har täta vårdkontakter och hjälp från socialtjänsten, vilket gör att vi kan få en viss bild av hälsoläget genom data från administrativa register (se t.ex. www.folkhälsokollen.se). Men en sådan bild lämnar stora luckor. Det beror på att det finns ett mörkertal när det gäller många typer av ohälsa där personer inte söker vård. Det beror också på att en stor del av den vård, hjälp och omsorg som äldre personer behöver för att klara sin vardag inte tillhandahålls via sjukvården eller socialtjänsten, utan av familj och vänner [2]. Därtill är det svårt att fånga nyanserade, subjektiva upplevelser av hälsa och funktion via administrativa register.

Genom enkäter eller intervjuer med representativa urval av befolkningen är det möjligt att få en mer nyanserad bild av hälsoläget än vad som är möjligt enbart utifrån register. Dessvärre har de allra äldsta ofta utelämnats från den här typen av undersökningar. Att genomföra enkät- eller intervjuundersökningar bland de allra äldsta är också behäftat med svårigheter. En betydande del av personerna i gruppen är mycket sköra och har så svåra hälsoproblem eller funktionsnedsättningar att det är svårt för dem att fylla i en enkät eller delta i en intervju. Om man inte får med information om dessa personer i studien ger den en snedvriden bild av hälsan, där gruppen äldre personer framstår som friskare än vad den faktiskt är [3].

För att hantera den här typen av problematik har man inom forskningen använt sig av en rad metoder för att även få med information om personer med svåra hälsoproblem, demenssjukdomar eller andra funktionsnedsättningar. En sådan

strategi är att erbjuda olika former för att medverka i en studie, till exempel att genomföra undersökningen genom en intervju i hemmet, via telefon eller genom att fylla i en enkät. En annan strategi är att, i de fall den äldre personen själv inte kan medverka, intervjua en anhörig eller vårdgivare i den äldre personens ställe och på så sätt få en bild av den äldre personens hälso- och levnadssituation (sådana intervjuer kallas för proxyintervjuer).

Med den här rapporten vill vi ge en bred bild av hälsoläget bland personer som är 85 år och äldre i Stockholms län. Resultaten bygger företrädesvis på en intervjustudie som genomfördes i Stockholms län under hösten 2021 och våren 2022 (SWEOLD-Stockholm). I vissa fall har vi i rapporten kompletterat informationen från intervjustudien med data från offentliga register för att ge en så heltäckande bild som möjligt.

Rapporten kan med fördel läsas som ett komplement till Folkhälsorapport 2023, som innehåller en bred genomgång av folkhälsan i Stockholms län [4]. Folkhälsorapporten lyfter flera stora folkhälsoproblem bland de allra äldsta personerna i länet, såsom fallolyckor och demenssjukdomar. Med den här rapporten vill vi komplettera bilden av hälsan bland de äldsta invånarna i Stockholms län, med särskild vikt på de egna upplevelserna av fysisk och psykisk hälsa, funktionsnedsättningar, sexuell hälsa och boendevillkor.

Syfte

Syftet med rapporten är att ge en lägesbild av hälsa och livsvillkor bland personer som är 85 år och äldre i Stockholms län, samt att identifiera aktuella och kommande utmaningar för folkhälsan i gruppen.

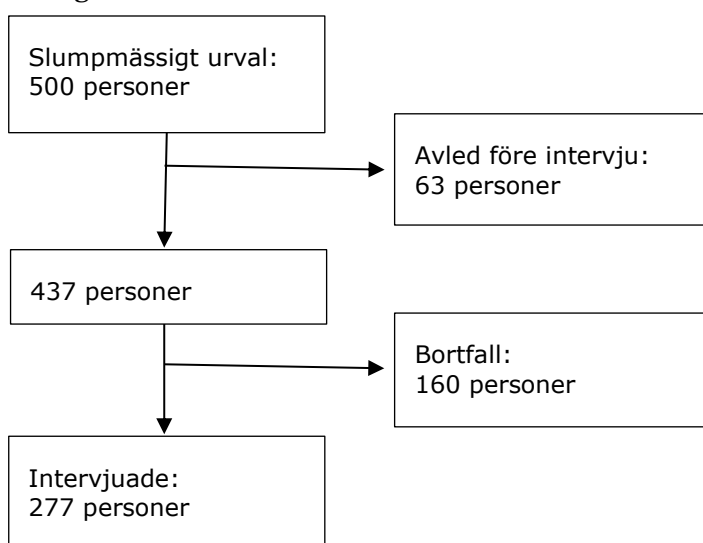
Metod

Datakällor

SWEOLD-Stockholm

Resultaten bygger i första hand på en datainsamling som gjordes under hösten 2021 och våren 2022 i samarbete mellan Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin vid Region Stockholm, Stockholms universitet och Karolinska Institutet. Studien baseras på ett slumpmässigt urval om 500 personer i Stockholms län som var 85 år eller äldre (SWEOLD-Stockholm). Urvalet omfattade både personer i ordinärt boende och personer som bodde i vård- och omsorgsboende.

Figur 4 visar hur det ursprungliga urvalet reducerades ned till de 277 individer som deltog i studien.



Figur 4. Flödesschema som beskriver hur det analytiska urvalet följer ur det ursprungliga, slumpmässiga urvalet.

Av de 500 personer som ingick i det dragna urvalet avled 63 personer innan de hade möjlighet att medverka. Av de 437 personer som kvarstod deltog 277 i studien, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 63 procent. Merparten av bortfallet berodde på att personer valde att inte medverka, men i vissa fall lyckades man inte få kontakt med personen under fältarbetet.

Intervjuerna gjordes i första hand via telefon, men de som inte ville eller hade möjlighet att medverka i en telefonintervju gavs möjlighet att svara skriftligt på en enkät. I de fall den äldre personen inte kunde svara på frågorna själv gjordes i möjligaste mån förkortade intervjuer med närstående eller vårdgivare (proxyintervjuer). I enstaka fall medverkade även en närstående eller tolk vid intervjuerna (blandade intervjuer).

Tabell 1 visar karakteristika för personerna som deltog i studien.

Tabell 1. Statistisk beskrivning av deltagarna i studien

		Kvinnor	Män
		Andel % (antal)	Andel % (antal)
Åldersgrupp	85–89 år	58,2 (103)	58,0 (58)
	90+ år	41,8 (74)	42,0 (42)
Intervjutyp	Direkt	74,6 (132)	72,0 (72)
	Proxy	24,3 (43)	26,0 (26)
	Blandad	1,1 (2)	2,0 (2)
Boende	Ordinärt boende	80,8 (143)	91,0 (91)
	Särskilt boende	19,2 (34)	9,0 (9)
Civilstånd	Gift/sambo	20,9 (37)	57,0 (57)
	Ogift	2,3 (4)	4,0 (4)
	Skild/separerad	13,6 (24)	7,0 (7)
	Änka/änkling	62,7 (111)	32,0 (32)
	Vet ej	0,6 (1)	-

De svarande är utspridda över hela länet. En geografisk kartläggning av deltagarnas bostadsområden ligger till grund för analyserna av utsatthet för buller och luftföroreningar i rapporten. En beskrivning av SWEOLD-Stockholms variabler kan fås från CES.

Intervjuerna bygger till största del på ett frågeformulär som utvecklats för en etablerad nationell studie om hälsa och levnadsvillkor bland äldre personer (SWEOLD) och omfattar frågor om hälsa, funktion, välmående, familj, aktiviteter och andra levnadsförhållanden [5]. Dessutom ingår några frågor som tagits fram särskilt för den här studien. Dessa frågor utvecklades i samråd med experter på boendemiljö, suicidprevention samt sexuell och reproduktiv hälsa.

Socialstyrelsens databas

För att ge en så komplett bild som möjligt av hälsoläget bland de allra äldsta i Stockholms län har vi kompletterat informationen från SWEOLD-Stockholm med information från Socialstyrelsens databaser [6]. Därifrån har vi hämtat information om förekomsten av stroke, akut hjärtinfarkt, cancer och självmord bland personer som är 85 år och äldre i Stockholms län. Den informationen bygger i sin tur på registerdata för sjukhusinläggningar och dödsfall.

Statistisk analys

Olika ämnesexperter har ansvarat för arbetet med olika delar av rapporten. Som en följd av detta tillämpas något olika upplägg och statistiska metoder i olika delar av rapporten. Det vanligaste förfarandet är dock att den skattade förekomsten av olika tillstånd presenteras separat för olika grupper (kvinnor och män, olika åldersgrupper, etcetera), tillsammans med 95 procents konfidensintervall för att ge en indikation om osäkerheten i estimatet. Konfidensintervall används för att skatta osäkerheten hos ett värde som baseras på ett slumpmässigt urval av befolkningen. Något förenklat kan man säga att det sanna värdet i hela befolkningen med

95 procents säkerhet ligger inom konfidensintervallets gränser, givet att de som svarat är representativa för hela befolkningen.

I kapitlet om psykisk ohälsa och självmordstankar har en något annorlunda strategi tillämpats. Där beskrivs i ett första steg förekomsten av självmord bland äldre personer i Stockholms län. I nästa steg presenteras sedan statistiska skattningar av förekomsten av olika riskfaktorer inom grupper som har respektive inte har självmordstankar samt depressiva symtom. Dessa förekomster presenteras med 95 procents konfidensintervall.

Varje delkapitel om olika hälso- och livsvillkorsområden i rapporten inleds med en kort sammanfattning av kunskapsläget. Denna följs sedan av en genomgång av förekomsten av utfallen, baserad på resultaten från SWEOLD-Stockholm och Socialstyrelsens databas.

Fysisk hälsa

Inledning

Det finns ett starkt samband mellan ålder och fysisk ohälsa. Med högre ålder ökar förekomsten av kroniska och akuta sjukdomar samt fysisk skörhet och, i förlängningen, risken att avlida. Ett sätt att skatta den belastning en sjukdom eller sjukdomstyp bidrar till i befolkningen är att beräkna sjukdomsördan. Sjukdomsördan är det totala antalet år i befolkningen som förloras på grund av en tidigare död, eller som levs med funktionsnedsättningar, som en följd av sjukdomen [7].

Enligt en uppskattning baserad på tillgängliga studier stod år 2019 kardiovaskulära sjukdomar för den största sjukdomsördan i den äldre befolkningen (80 år och äldre) i Stockholms län (35 procent), följt av cancer (17 procent) och neurologiska sjukdomar (11 procent). Sammantaget bidrar dessa tre sjukdomsgrupper alltså till över hälften av sjukdomsördan i den äldre befolkningen. Bland de kardiovaskulära sjukdomarna är det framför allt hjärtinfarkter och andra ischemiska hjärtsjukdomar som bidrar till sjukdomsördan. Av de neurologiska sjukdomarna kommer bidraget i första hand från Alzheimers sjukdom [8].

Äldre personer är även särskilt sårbara för säsongsbundna luftvägsinfektioner och de drabbades särskilt hårt under covid-19-pandemin.

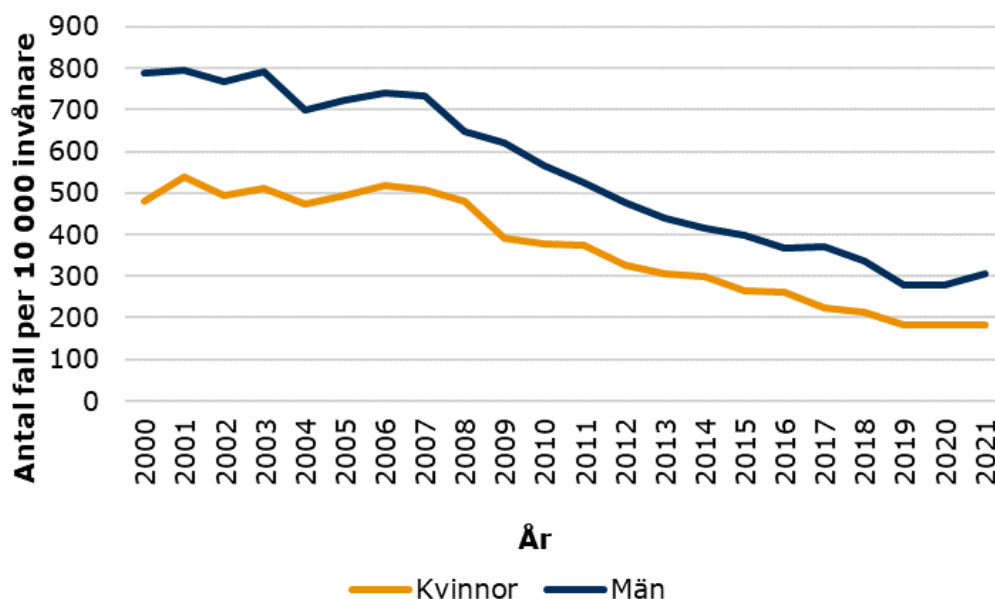
Sjukdomsläget i den äldre befolkningen kompliceras av att det är mycket vanligt att en person har flera kroniska sjukdomar samtidigt. Det brukar kallas för multisjuklighet. I en ny studie, baserad på data från sjukvården i Stockholms län, förekom multisjuklighet hos 80 procent av personerna i länet som var 80 år eller äldre år 2017 [9].

Som en konsekvens av multisjukligheten är det mycket vanligt att äldre personer tar flera olika läkemedel. När en person använder fem eller fler läkemedel samtidigt kallas det för polyfarmaci. Polyfarmaci är förknippat med en påtagligt förhöjd risk för läkemedelsorsakad ohälsa [10].

Förekomst

Hjärtsjukdom och stroke har minskat över tid

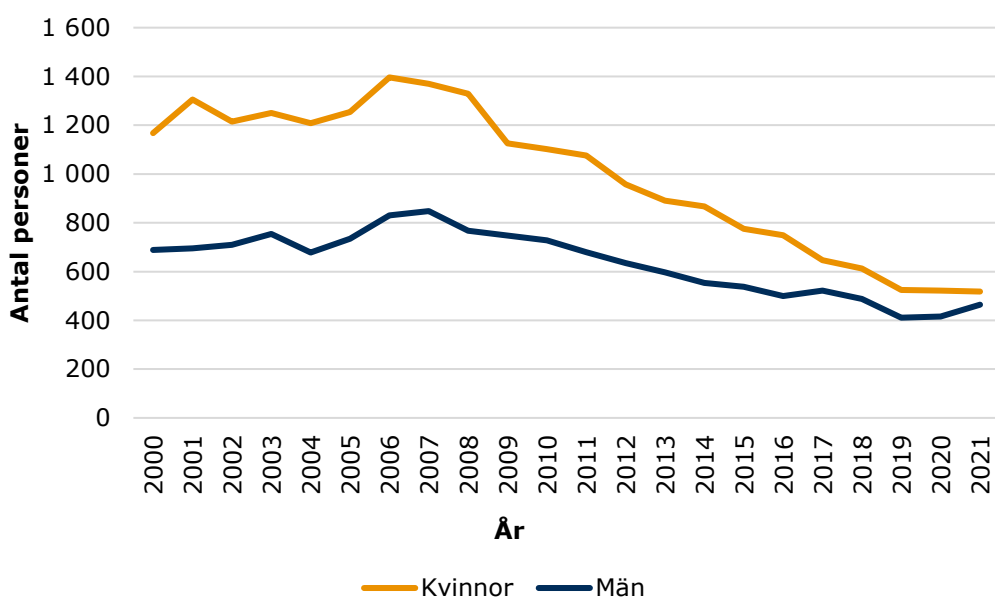
Risken att drabbas av en hjärtinfarkt eller annan akut ischemisk hjärtsjukdom är högre bland män än bland kvinnor i åldern 85 år och äldre (se figur 5a).



Figur 5a. Antal fall per 10 000 invånare i åldrarna 85 år och äldre (åldersstandardiserat) som drabbats av en akut hjärtinfarkt eller annan ischemisk hjärtsjukdom i Stockholms län, år 2000–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Socialstyrelsen.

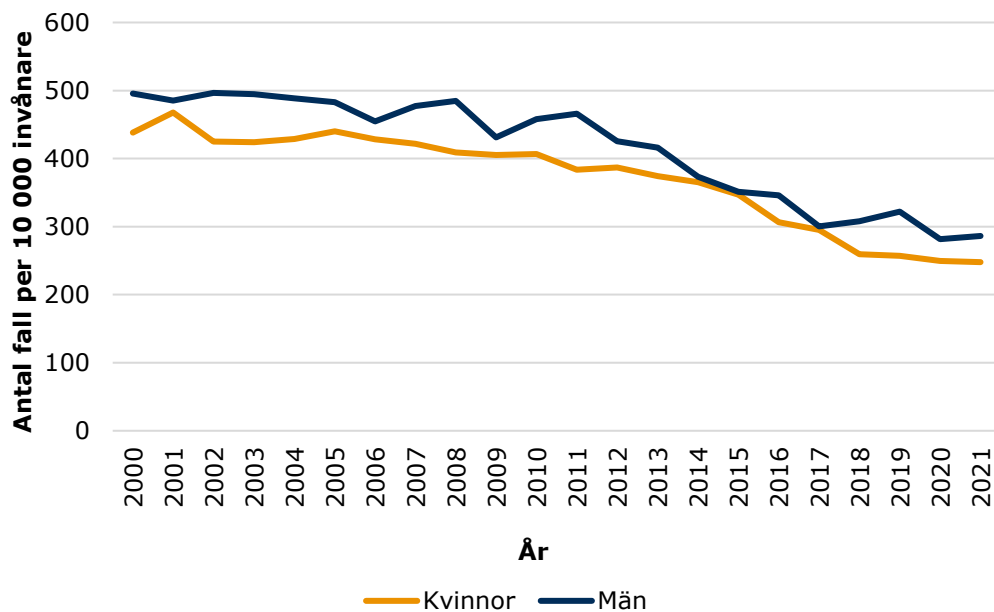
Samtidigt är det fler kvinnor än män som drabbas totalt, eftersom det finns betydligt fler kvinnor än män i åldern 85 år och äldre (se figur 5b). Både risken att drabbas och det totala antalet drabbade har minskat betydligt under perioden 2000–2021.



Figur 5b. Antal personer (totalt) i åldrarna 85 år och äldre som drabbats av en akut hjärtinfarkt eller annan ischemisk hjärtsjukdom i Stockholms län, år 2000–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Socialstyrelsen.

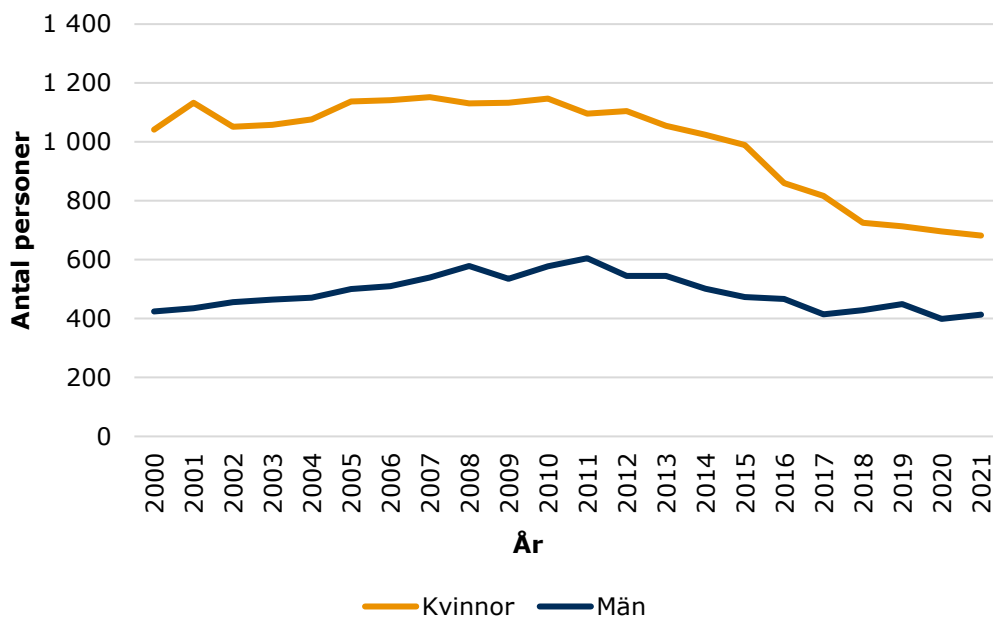
Risken att drabbas av stroke är något högre bland män än bland kvinnor, men det är betydligt fler kvinnor som drabbas eftersom gruppen kvinnor är större (se figur 6a). Risken har minskat för både kvinnor och män under perioden.



Figur 6a. Antal per 10 000 invånare i åldrarna 85 år och äldre (åldersstandardiserat) som drabbats av en stroke i Stockholms län år 2000–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Socialstyrelsen.

Antalet kvinnor som drabbades årligen minskade den senare delen av perioden 2000–2022, medan antalet män som drabbades varje år först ökade för att sedan gå tillbaka till samma nivå som under periodens början (se figur 6b). Att antalet personer som drabbas inte minskar på samma sätt som risken att drabbas beror på att det totala antalet personer i åldersgruppen ökat betydligt under perioden.

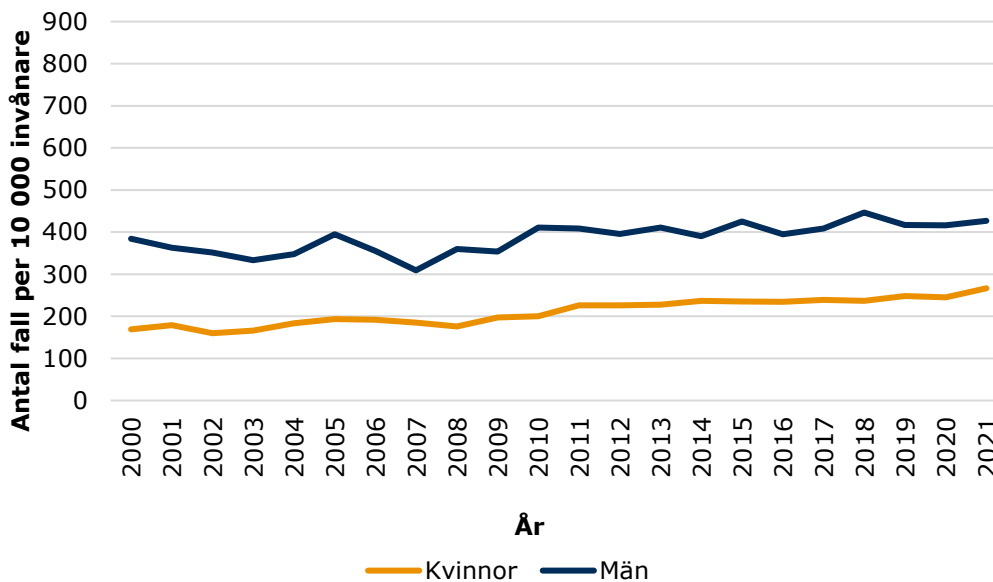


Figur 6b. Antal personer (totalt) i åldrarna 85 år och äldre som drabbats av en stroke i Stockholms län år 2000–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Socialstyrelsen.

Cancer ökar bland kvinnor

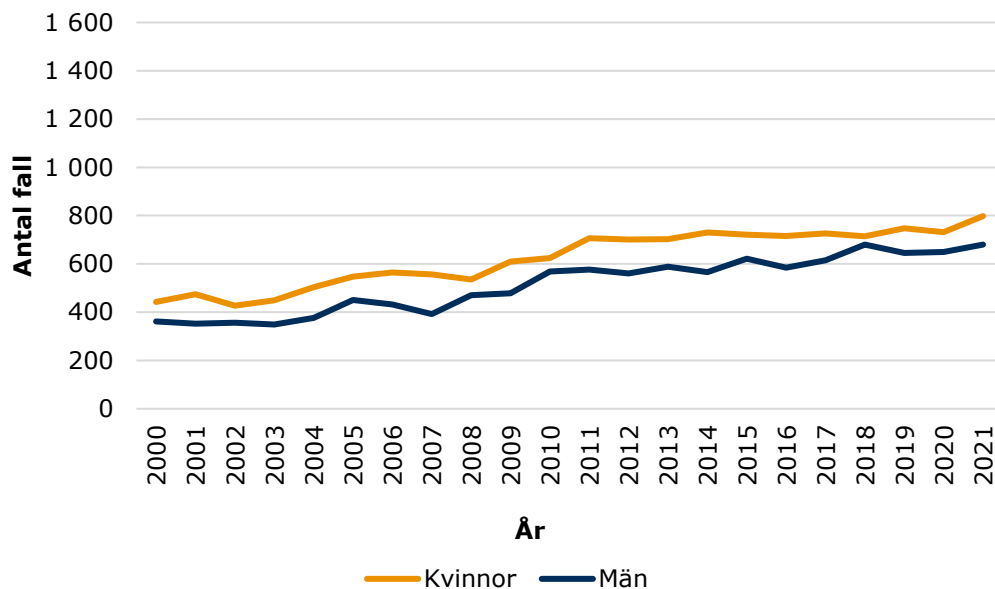
Även för cancer är det vanligare att män diagnosticeras än kvinnor (se figur 7a). Bland kvinnorna ökade incidensen något under perioden 2000–2021, medan trenden i huvudsak var oförändrad bland männen.



Figur 7a. Antal per 10 000 invånare i åldrarna 85 år och äldre som diagnostiserats med nyupptäckta cancerfall i Stockholms län år 2000–2020, uppdelat efter kön.

Källa: Socialstyrelsen.

Totalt diagnostiserades något fler kvinnor än män med cancer årligen, under hela perioden (se figur 7b). För både kvinnor och män ökade antalet personer som diagnostiserades med nya cancerfall årligen.

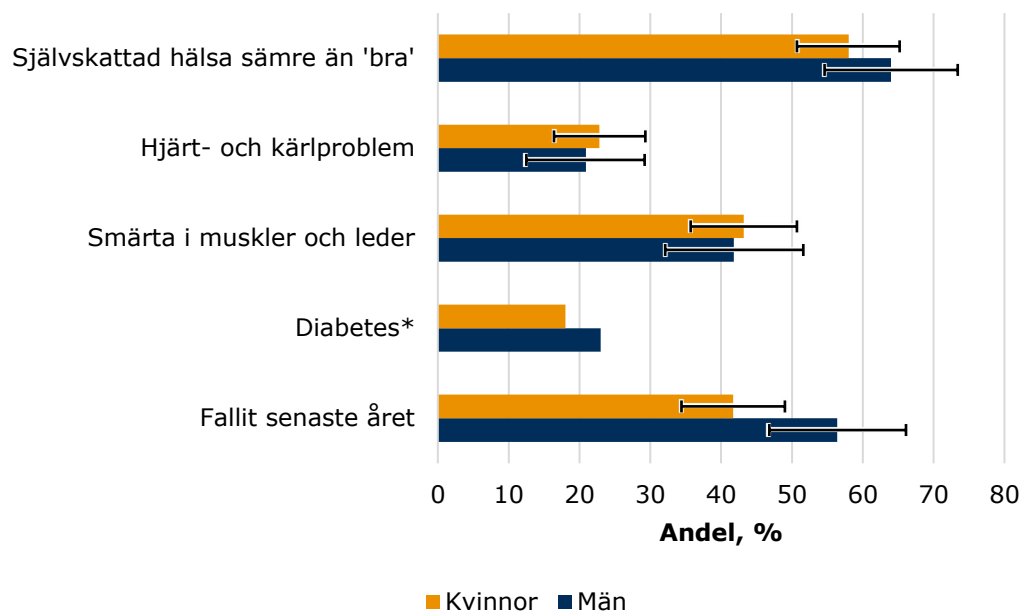


Figur 7b. Antal nyupptäckta cancerfall (totalt) i åldrarna 85 år och äldre i Stockholms län år 2000–2020, uppdelat efter kön.

Källa: Socialstyrelsen.

60 procent bedömer sin hälsa som sämre än bra

Runt 60 procent av deltagarna i SWEOLD-Stockholm bedömer sin hälsa som sämre än "bra" (se figur 8). Runt 20 procent rapporterar att de har någon form av hjärt-kärlproblem. Ungefär 40 procent rapporterar att de har problem med smärta i muskler och leder. 42 procent av kvinnorna och 56 procent av männen rapporterar att de har fallit minst en gång det senaste året. Registerdata visar att ungefär 20 procent har någon form av diabetes.



Figur 8. Andel (%) personer 85 år och äldre som uppger att de har olika hälsoproblem, i Stockholms län år 2021/2022, uppdelat efter kön.
***Förekomsten av diagnostiserad diabetes är hämtad från Folkhälsorapport 2023 och baseras på registerdata för samtliga personer som är 85 år och äldre i länet, varför inga konfidensintervall redovisas.**

Källa: SWEOLD-Stockholm och Folkhälsorapport 2023.

Funktionsnedsättningar

Inledning

När man i intervjustudier frågar äldre personer vad som är viktigt för deras livskvalitet, brukar kognitiv och fysisk funktionsförmåga vara ett återkommande tema. Att klara sin vardag själv upplevs i regel som väldigt viktigt [11, 12].

Med åldern ökar risken för kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar betydligt. Nedsatt funktion och behov av stöd och omsorg kan bero på en rad olika faktorer. Bland de allra äldsta är förekomsten av demenssjukdomar hög. Enligt Folkhälsorapport 2023 hade år 2021 knappt 8 procent av personerna i åldrarna 80–89 år och drygt 15 procent av personerna i åldrarna 90 år och äldre fått en demensdiagnos i Stockholms län [13]. Samtidigt är det mycket som tyder på att demenssjukdomar är underdiagnostiserade i den äldre befolkningen. I en stor studie där den globala förekomsten av demenssjukdomar i olika åldersgrupper skattades, uppskattades att knappt 31 procent av personerna som är 85 år och äldre har en demenssjukdom [14].

Utöver demenssjukdomar är det också vanligt att äldre personer begränsas i sin vardag av syn- och hörselnedsättningar. Det är också vanligt att rörligheten och styrkan i kroppen är nedsatt på ett sätt som leder till att man behöver stöd och hjälp för att klara av sin vardag.

Två sätt att mäta konsekvenserna av funktionsnedsättningar bland äldre personer är i termer av deras hälsolitteracitet och deras förmåga att klara av att sköta sina ”aktiviteter i dagliga livet” (ADL) självständigt.

Hälsolitteracitet är ett samlingsbegrepp för de kognitiva och kommunikativa förmågor som behövs för att få tillgång till, bedöma, tillgodogöra sig och använda information för att främja och bibehålla en god hälsa [15]. Att ha bristande hälsolitteracitet kan göra det svårt att orientera sig i och på bästa sätt utnyttja information om hur man tar hand om sin hälsa. Detta kan vara särskilt problematiskt för äldre personer, som ofta har betydande och komplexa hälsoproblem som kräver omfattande vårdkontakter och behandling.

ADL kan delas in i instrumentella aktiviteter (iADL) och basala aktiviteter (bADL). Med iADL avser man vanligen aktiviteter som har med skötseln av hushållet att göra, såsom att handla, laga mat och städa. Med bADL avser man i stället aktiviteter som har med den personliga omsorgen att göra, som att ta sig i och ur sängen, bada och duscha, gå på toaletten, klä på sig och äta.

Måtten på ADL ger en indikation på vilken grad av hjälp och stöd den äldre personen är i behov av, men de säger ingenting om vad nedsättningen beror på. Det innebär att gruppen personer som har nedsatt ADL är mycket heterogen. Där ingår såväl personer med demenssjukdomar som personer med nedsatt syn och personer som har svårt att röra sig.

Många studier pekar i dag på att andelen äldre personer som har nedsatt ADL har minskat över tid i de nordiska länderna [16–18]. Det är fortfarande inte helt klarlagt vad denna minskning beror på, men det finns enstaka studier som pekar på att det i hög grad kan förklaras av att de genomsnittliga kognitiva förmågorna och synförmågan har förbättrats över tid i gruppen [18].

Förbättringen av de kognitiva förmågorna beror sannolikt på att senare födda födelsekohorter tack vare bättre nutrition, bättre hälsa och högre utbildning tenderar att gå in i åldrandeprocessen med en högre genomsnittlig kognition än

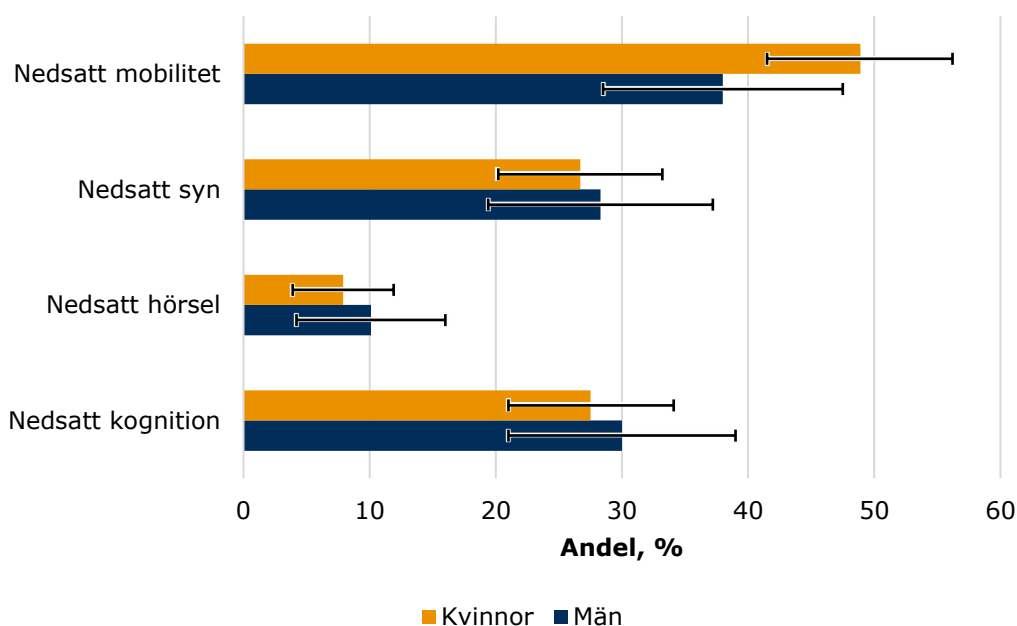
tidigare kohorter [19]. De klarar därför av större kognitionsnedsättningar innan deras förmåga att klara vardagen själva begränsas.

Den förbättrade synförmågan kan sannolikt delvis tillskrivas den ökade omfattningen av starroperationer [20]. För en person med starr kan en operation utgöra skillnaden mellan att se klart och att ha en kraftigt nedsatt syn.

En annan indikator som ofta används för att mäta äldre personers funktionsförmåga är mobilitet, det vill säga förmågan att gå en viss sträcka – vanligtvis 100 eller 500 meter – utan problem. Den indikatorn ger en indikation på personens förmåga att röra sig självständigt i bostaden och närområdet.

Förekomst

Nästan 49 procent av kvinnorna och 38 procent av männen uppger att de har nedsatt mobilitet (se figur 9). Knappt 30 procent av både kvinnorna och männen uppger att de har nedsatt syn, medan knappt 10 procent rapporterar nedsatt hörsel. Nästan 30 procent av kvinnorna och männen i studien hade indikationer på nedsatt kognition (antingen poäng på kognitivt test som indikerade misstänkt demenssjukdom, rapporterad demensdiagnos eller oförmåga att själv genomföra intervjun på grund av kognitiva nedsättningar).



Figur 9. Andel (%) personer 85 år och äldre med nedsatt mobilitet, nedsatt syn, nedsatt hörsel samt nedsatt kognition, i Stockholms län år 2021/2022, uppdelat efter kön.

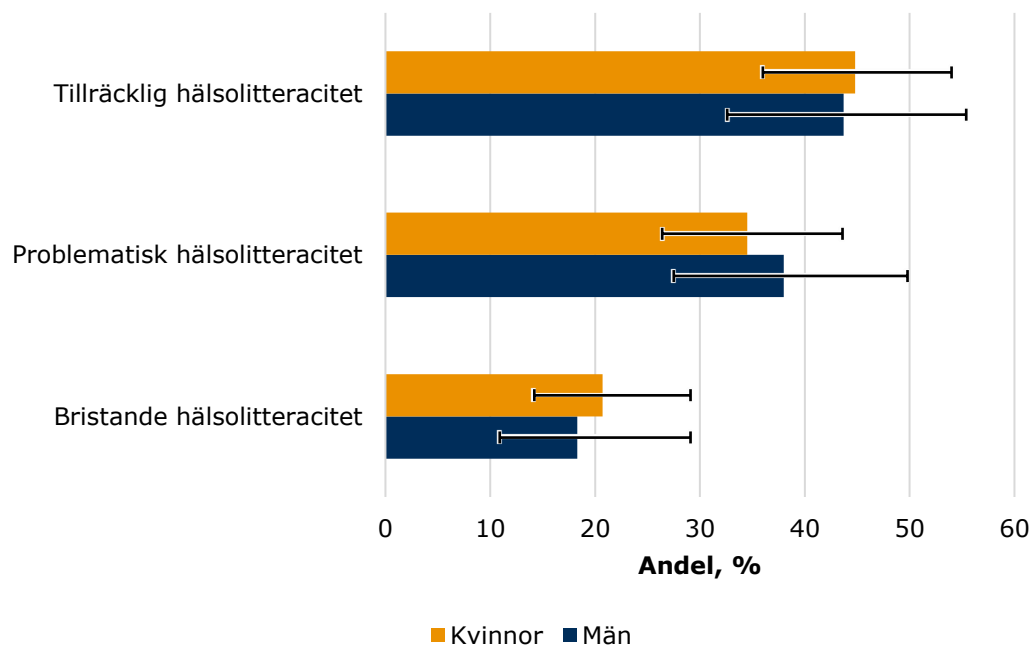
Källa: SWEOLD-Stockholm.

Hälften har bristande hälsolitteracitet

Att ha bristande hälsolitteracitet kan leda till betydande problem för äldre personer, särskilt som det är vanligt med omfattande och komplexa vårdbehov i gruppen. Mindre än hälften av de som deltog i SWEOLD-Stockholm har en tillräcklig hälsolitteracitet. Mellan 30 och 40 procent bedöms ha problematisk hälsolitteracitet och runt 20 procent bedöms ha bristande hälsolitteracitet (se figur 10). Inga systematiska könsskillnader kan observeras i nivåerna av hälsolitteracitet.

Att ha problematisk hälsolitteracitet innebär att man delvis har problem med att få tillgång till, bedöma, tillgodogöra sig och använda information för att främja och bibehålla en god hälsa.

I SWEOLD-Stockholm mättes hälsolitteracitet med ett validerat frågeformulär där deltagarna själva fick bedöma sin förmåga att inhämta och processa information om hälsa och sjukdomar. Att ha bristande hälsolitteracitet innebär att man rapporterar tydliga brister i de förmågorna [21]. Frågorna om hälsolitteracitet har inte ställts i de intervjuer som gjorts med anhöriga eller vårdgivare (ungefär var fjärde intervju, se tabell 1), så sannolikt är den faktiska andelen som har bristande hälsolitteracitet avsevärt högre än vad som framkommer i figuren.

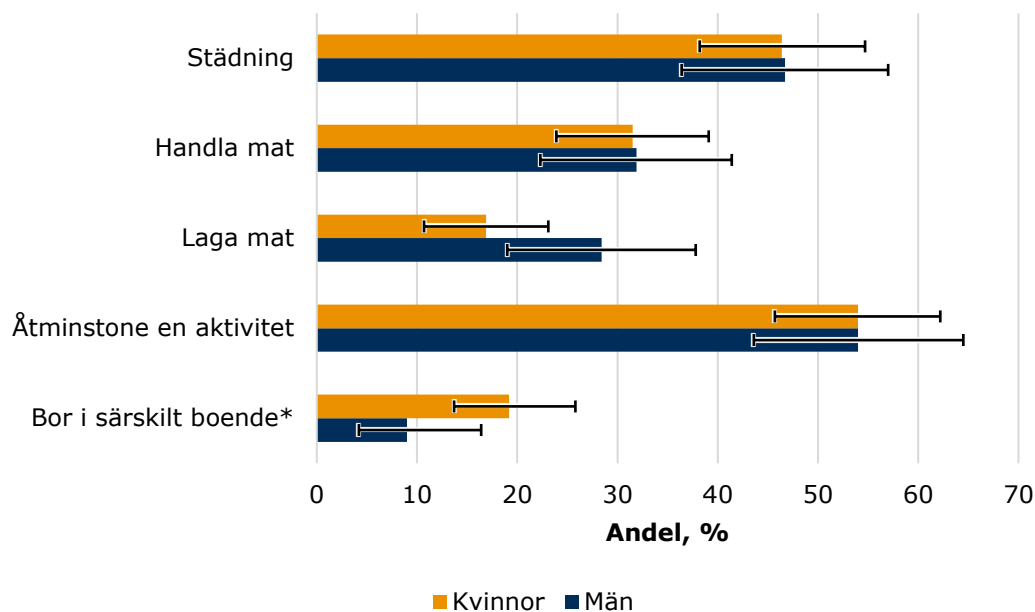


Figur 10. Andel (%) personer 85 år och äldre, med tillräcklig, problematisk respektive bristande hälsolitteracitet, i Stockholms län år 2021/2022, uppdelat efter kön.

Källa: SWEOLD-Stockholm.

Mer än hälften behöver hjälp med aktiviteter i dagliga livet (ADL)

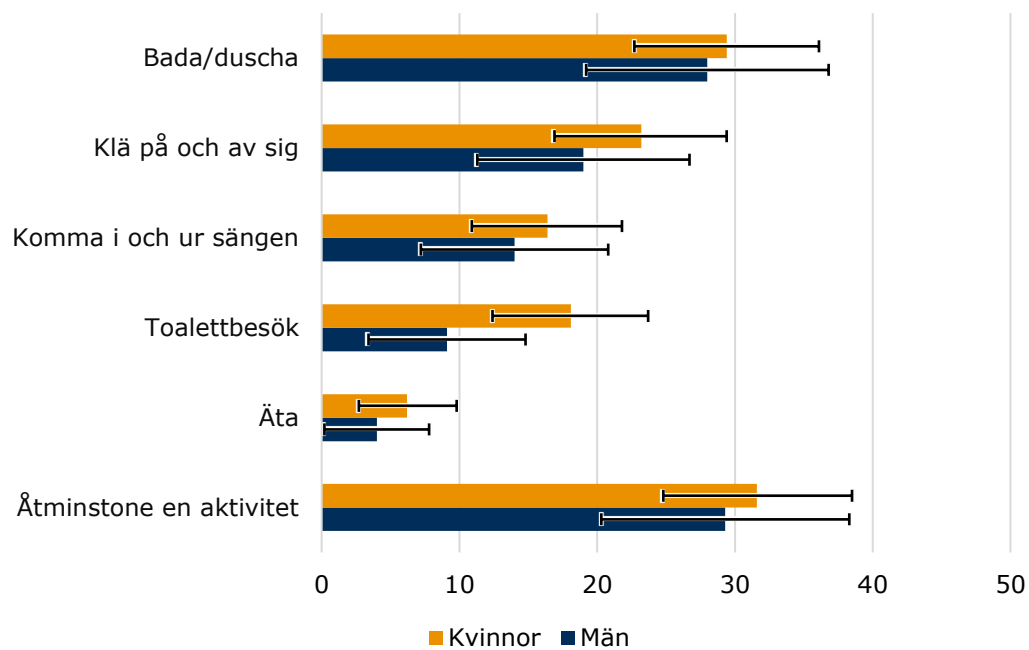
Fler än hälften av både kvinnorna och männen uppger att de behöver hjälp med åtminstone en av de vardagliga aktiviteterna att städa, handla mat eller laga mat (se figur 11). Vanligast är att man behöver hjälp med städning. Drygt 45 procent av både kvinnorna och männen uppger att de inte klarar av att städa själva, utan hjälp. Drygt 30 procent uppger att de behöver hjälp med att handla mat. Bland de som uppger att de inte kan laga mat utan hjälp finns en påtaglig könsskillnad. Nästan 30 procent av männen uppger att de inte kan laga mat utan hjälp, medan motsvarande andel bland kvinnorna är 17 procent. Till det kommer att nästan var femte kvinna (19 procent) och var tionde man (9 procent) i studien bor på särskilt boende, vilket innebär att de på goda grunder kan antas behöva och få hjälp med dessa aktiviteter.



Figur 11. Andel (%) personer 85 år och äldre, i ordinärt boende, som uppger att de behöver hjälp med att städa, handla mat och laga mat, samt andel som uppger behöver hjälp med åtminstone en av dessa aktiviteter, i Stockholms län år 2021/2022, uppdelat efter kön. *Personer i särskilt boende har inte fått dessa frågor, eftersom de antas få hjälp med dessa aktiviteter.

Källa: SWEOLD-Stockholm.

Ungefär 30 procent av både kvinnorna och männen behöver hjälp med åtminstone en av aktiviteterna att bada eller duscha, klä på och av sig, komma i och ur sängen, gå på toaletten och äta (se figur 12). Vanligast är att man behöver hjälp med att bada eller duscha. Nästan tre av tio personer i gruppen behöver hjälp med det. Därefter följer på- och avklädning, att komma i och ur sängen, gå på toaletten och äta. Generellt är det inga påtagliga könsskillnader i sannolikheten att behöva hjälp med dessa aktiviteter, men det är vanligare att kvinnor uppger att de behöver hjälp vid toalettbesök än män. Denna könsskillnad ska dock tolkas försiktigt. Det finns betydande osäkerhet kring skattningarna, vilket illustreras av konfidensintervallen, och den vetenskapliga litteraturen ger inte stöd för systematiska könsskillnader i behovet av hjälp vid toalettbesök.



Figur 12. Andel (%) personer 85 år och äldre som uppger att de behöver hjälp med att bada eller duscha, klä på och av sig, komma i och ur sängen, göra toalettbesök eller äta, samt andel som uppger att de behöver hjälp med åtminstone en av dessa aktiviteter, i Stockholms län år 2021/2022, uppdelat efter kön.

Källa: SWEOLD-Stockholm.

Psyisk ohälsa och självmordstankar

Inledning

Äldre personer, i synnerhet män i åldrarna 85 år och äldre, har de högsta självmordstalen per capita jämfört med alla yngre åldersgrupper, såväl i Stockholms län som i hela landet (se figur A i bilaga 1).

Psyisk ohälsa och depression medför inte automatiskt en ökning av självmordstankar eller självmordsbeteenden (även om det finns ett samband), men de tenderar att försvåra konsekvenserna av fysisk ohälsa och kognitiva funktionsnedsättningar. Termen "psyisk ohälsa" är ingen distinkt medicinsk diagnos, utan omfattar ett brett spektrum av besvär som kan vara både självupplevda och diagnostiserade, kortvariga eller långvariga.

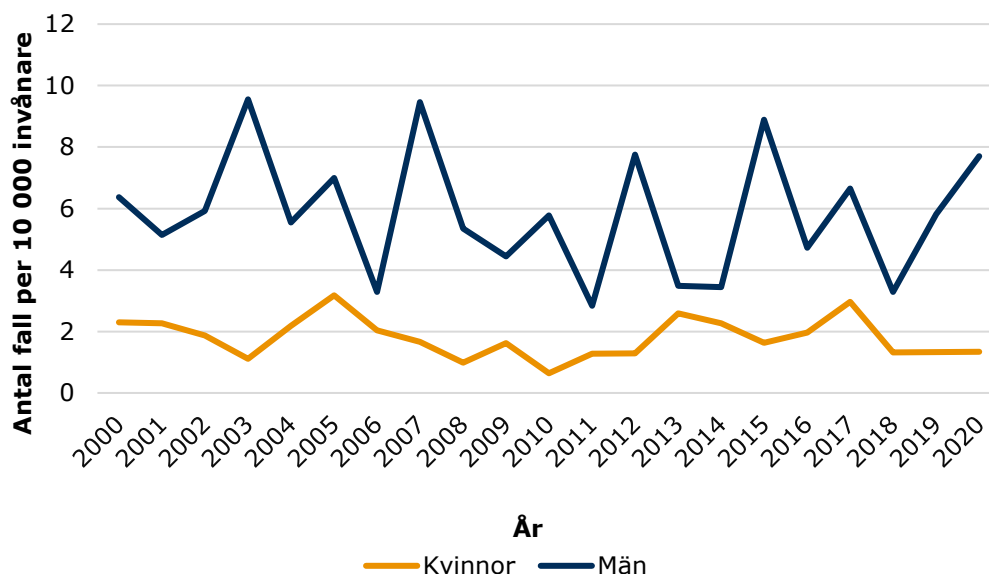
En minskad självständighet kopplad till fysiologiska nedsättningar (t.ex. nedsatt syn eller hörsel) och reducerad autonomi (begränsad fysisk mobilitet eller rörelsekapacitet), kan leda till reducerat socialt umgänge, minskat socioemotionellt stöd och mindre fysisk aktivitet. Ibland sker det också parallellt med en försämrad privatekonomi, minskad kognitiv stimulans (till exempel svårigheter att tillgodogöra sig modern kommunikationsteknik) eller förlust av familjemedlemmar och livspartner. Den ensamhet som det kan leda till är en viktig riskfaktor för både depression och självmord [22, 23].

Psyisk ohälsa drabbar människor i alla åldrar, men äldre personer uttrycker inte alltid problemen på samma sätt som yngre. Depression förekommer ofta i en U-formad kurva över livsloppet, med den högsta förekomsten bland unga och äldre personer [24], men äldre personer är mindre benägna att rapportera symtom på psyisk ohälsa även när psykologiska besvär faktiskt föreligger [25]. Det innebär vissa svårigheter för vården att upptäcka och erbjuda adekvat behandling till äldre personer som skulle gynnas av det.

Förekomst

Äldre män har den högsta självmordsfrekvensen i befolkningen

Självmord är betydligt vanligare bland äldre män än bland äldre kvinnor (se figur 13). Under perioden 2000–2020 avled i genomsnitt 58 män och 18 kvinnor per 100 000 personer i åldersgruppen i självmord, per år. Inga tydliga tidstrender kan urskiljas i sannolikheten för fullbordat självmord, varken bland män eller bland kvinnor.



Figur 13. Antal självmord per 10 000 personer 85 år och äldre i Stockholms län år 2000–2020, uppdelat efter kön. I en fjärdedel av fallen har den självdestruktiva avsikten inte kunnat fastslås med säkerhet och de utgör alltså "osäkra självmord". Andelen "osäkra självmord" var 23 procent av männens självmord och 28 procent av kvinnornas självmord.

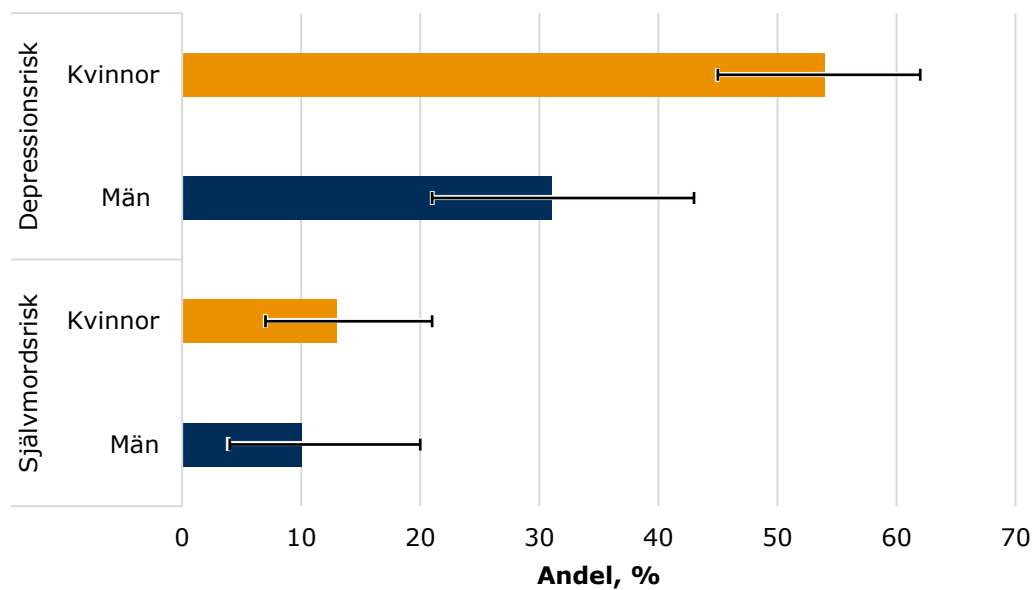
Källa: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention.

I SWEOLD-Stockholm uppger totalt 11 procent av de direkt intervjuade personerna att de har haft självmordstankar i någon utsträckning under de senaste två veckorna. Dessa klassificeras fortsatt som riskgrupp "självmodersrisk". Av dessa uppger drygt var tredje att de även har allvarligare självmordstankar och/eller självmordsplaner. Gruppen redovisas inte separat eftersom det handlar om enstaka individer.

Vanligare med depressionsrisk bland kvinnor

Totalt har 46 procent av deltagarna minst 1 av 4 poäng på depressionsskalan Geriatric Depression Scale (GDS-4). De klassificeras fortsatt som riskgrupp "depressionsrisk". På en direkt fråga svarar 27 procent av personerna i riskgruppen och ytterligare 7 procent av personerna som inte är i riskgruppen att de upplever besvär med depression eller djup nedstämdhet. Ingen i lågriskgruppen rapporterar dock svåra besvär med depression eller djup nedstämdhet. Detta kan tolkas som att resultaten från depressionsskalan till stor del överensstämmer med deltagarnas egna bedömningar av sin psykiska hälsa.

Mer än 50 procent av kvinnorna och drygt 30 procent av männen har depressionsrisk, medan runt 10 procent av både kvinnorna och männen har självmordsrisk (se figur 14).

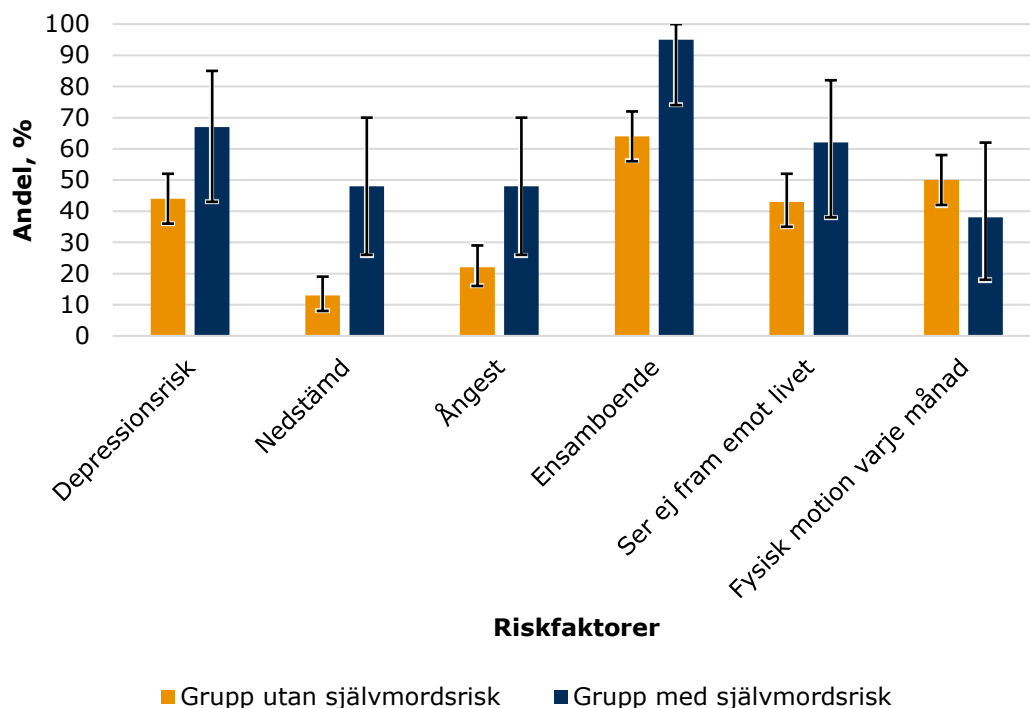


Figur 14. Andel (%) personer 85 år och äldre som är i riskgrupp för depression och självmord, i Stockholms län år 2021/2022, uppdelat efter kön.

Källa: SWEOLD-Stockholm.

Flera faktorer är kopplade till självmordsrisk

Bland de äldre personer som har självmordsrisk är det en större andel som också har depressionsrisk, är nedstämda, har ångest, är ensamboende och som inte ser fram mot livet, jämfört med de som inte har självmordsrisk (se figur 15). Det är något fler i gruppen utan självmordsrisk som motionerade varje månad, än i gruppen med självmordsrisk. Men resultaten ska tolkas försiktigt. Gruppen med självmordsrisk är liten och resultaten är omgärdade av betydande osäkerhet, vilket kan ses på de vida konfidensintervallen.

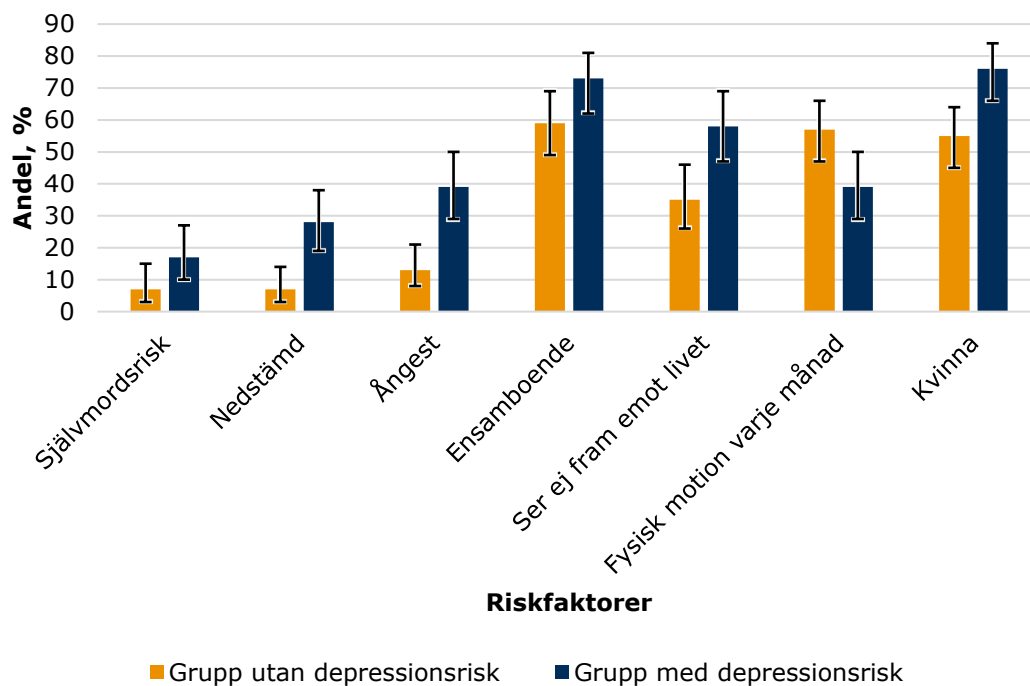


Figur 15. Andel (%) personer 85 år och äldre med olika riskfaktorer för självmordstankar, i Stockholms län år 2021/2022, uppdelat efter grupp med och utan självmordsrisk.

Källa: SWEOLD-Stockholm.

I hög grad samma riskfaktorer för depressionsrisk som för självmordstankar

Det är betydligt vanligare att ha självmordsrisk, att vara nedstämd, att ha ångest, att vara ensamboende och att inte se fram mot livet i gruppen med depressionsrisk, jämfört med i gruppen som hade låg depressionsrisk. I likhet med gruppen utan självmordsrisk är det något vanligare med månatlig fysisk aktivitet bland de äldre personer utan risk för depression, än bland de som hade risk för depression.



Figur 16. Andel (%) personer 85 år och äldre med olika riskfaktorer för depression, i Stockholms län år 2021/2022, uppdelat efter grupp med och utan depressionsrisk.

Källa: SWEOLD-Stockholm.

Sexuell hälsa

Inledning

Sexuell hälsa är en indikator för generell hälsa genom hela livet [26]. Sexuell hälsa definieras som ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till alla aspekter av sexualitet, och inte bara avsaknad av sjukdom, dysfunktion eller skada [27]. En god sexuell hälsa bland äldre personer har visat sig ha samband med livskvalitet, psykologiskt välbefinnande och god självrapporterad hälsa [28, 32].

Mest samlad kunskap om äldre personers sexuella hälsa finns om gruppen upp till ungefär 80 års ålder. Svenska data [29-31] visar att mellan 9 och 70 procent av äldre svenskar är sexuellt aktiva, beroende på ålder, kön, tidsperiod och studie. Majoriteten är nöjda med sin sexuella hälsa och en hög andel anser att sex är en viktig eller positiv faktor i livet.

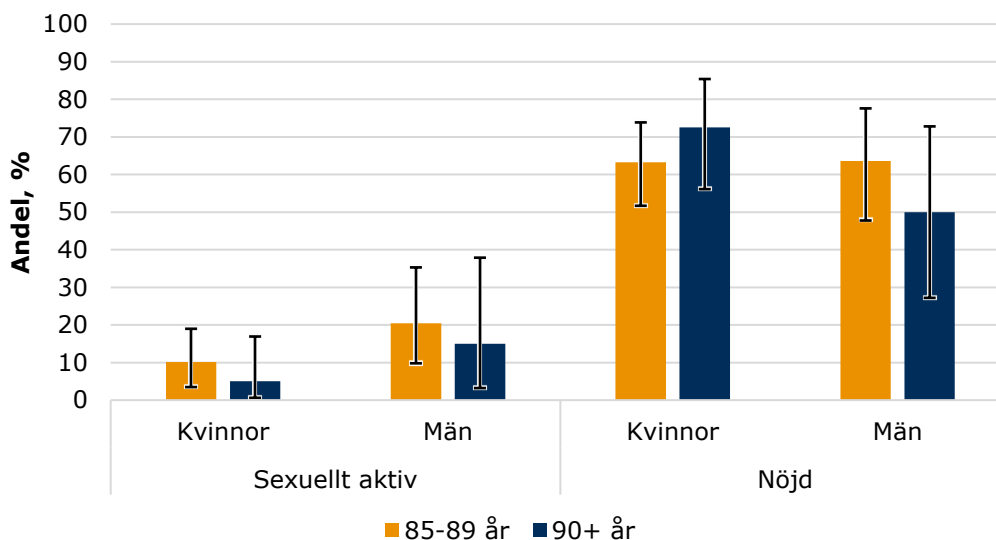
Kunskap om de allra äldstas (85 år och äldre) sexuella hälsa är dock klart mer begränsad. Endast en svensk studie [32], genomförd i Karlskrona kommun, inkluderar hittills de allra äldstas sexuella hälsa. I åldersgruppen 81–87 år angav drygt en tredjedel av männen och knappt en femtedel av kvinnorna att de varit sexuellt aktiva det senaste året, respektive cirka en tiondel av både män och kvinnor bland de som var 90 år och äldre. Majoriteten i båda åldersgrupperna var nöjda med sitt sexliv.

Förekomst

Cirka var nionde sexuellt aktiv och de flesta nöjda med sitt sexliv

Frågan om sexuell aktivitet var formulerad så att den inkluderade ett vitt spann av sexuella aktiviteter, som utöver penetration även omfattade smeksex, beröring, onani, etc. Frågan var också formulerad så att den omfattade såväl sexuella aktiviteter som genomfördes med och utan partner. Med den definitionen uppgav 19 procent av männen och 8 procent av kvinnorna i SWEOLD-Stockholm att de är sexuellt aktiva (se figur 16). Andelen sexuellt aktiva är högre i åldersgruppen 85–89 år (20 procent av männen och 10 procent av kvinnorna), jämfört med åldersgruppen 90 år och äldre (15 procent av männen och 5 procent av kvinnorna).

Majoriteten, 67 procent, är i stort sett nöjda med sitt sexliv, med en relativt jämn fördelning mellan män och kvinnor (59 procent av männen och 66 procent av kvinnorna) (se figur 17). Störst andel nöjda, ungefär 90 procent av både männen och kvinnorna, finns bland de som varit sexuellt aktiva under året. I gruppen som inte är sexuellt aktiva är 53 procent av männen och 67 procent av kvinnorna nöjda.

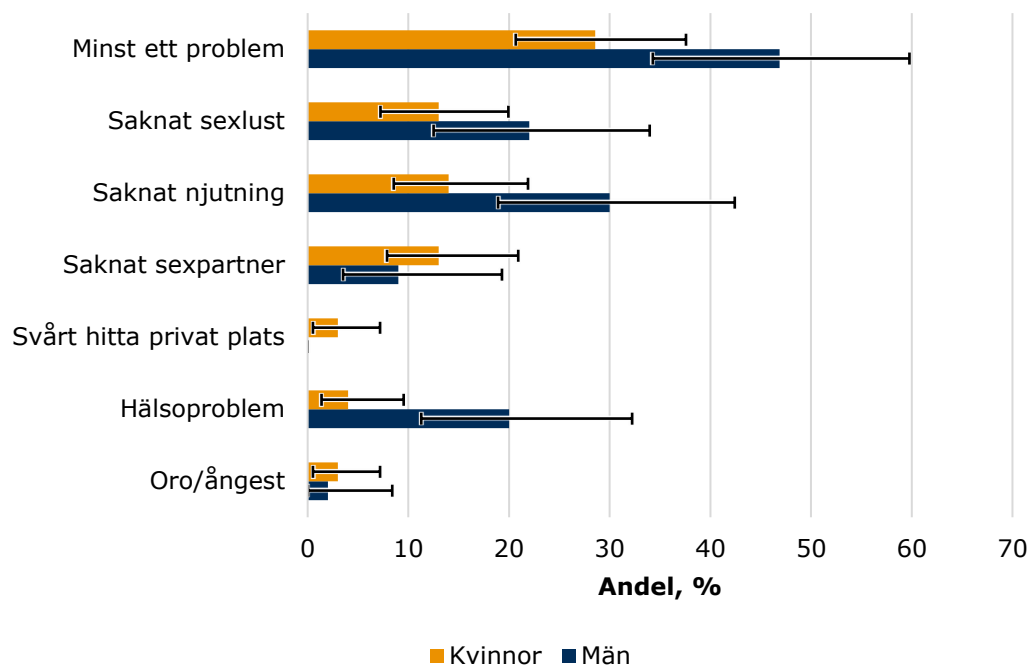


Figur 17. Andel (%) personer 85 år och äldre som varit sexuellt aktiva under det senaste året och andel som är nöjda med sexlivet, i Stockholms län år 2021/2022, uppdelat efter ålder och kön.

Källa: SWEOLD-Stockholm.

Vanligt med problem kopplade till sexuell hälsa – särskilt bland män

Cirka varannan man (47 procent) och var tredje kvinna (29 procent) har haft minst ett problem relaterat till sexlivet de senaste 12 månaderna (se figur 18). Det vanligaste problemet för både män och kvinnor är att sakna njutning av att ha sex, vilket rapporteras av en dubbelt så stor andel av männen som av kvinnorna, 30 procent av männen och 14 procent av kvinnorna. Det näst vanligaste problemet är att sakna sexlust, vilket rapporteras av 22 procent av männen och 13 procent av kvinnorna. Vidare anger 20 procent av männen att de har hälsoproblem eller fysiska problem som påverkar sexlivet, men bara 4 procent av kvinnorna. Fler kvinnor än män anger att de saknar en sexpartner, 13 procent av kvinnorna och 9 procent av männen. Både män och kvinnor anger i låg utsträckning (2 respektive 3 procent) att de upplever oro eller ångest så till den grad att det påverkar sexlivet negativt. Endast 3 procent av kvinnorna och inga män har svårigheter att hitta en privat plats att ha sex på.



Figur 18: Andel personer 85 år och äldre som har upplevt problem relaterade till sexlivet det senaste året, i Stockholms län år 2021/2022, uppdelat efter kön.

Källa: SWEOLD-Stockholm.

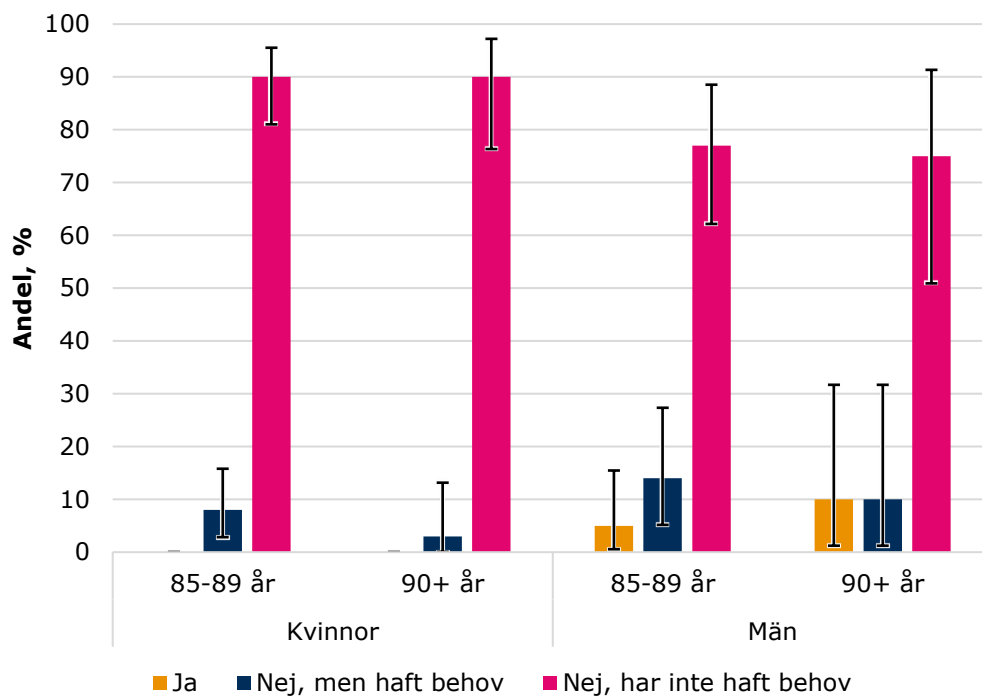
Få tillfrågas om sexuell hälsa inom vården

Majoriteten av deltagarna, 90 procent av kvinnorna och 77 procent av männen, uppger att de inte tillfrågats om sin sexuella hälsa eller sitt sexliv när de varit i kontakt med hälso- och sjukvården och inte heller har varit i behov av det (se figur 19 för resultat uppdelat efter åldersgrupp).

Endast 6 procent av männen och ingen kvinna uppger att de har tillfrågats om sin sexuella hälsa eller sitt sexliv. En högre andel (13 procent av männen och 6 procent av kvinnorna) uppger att de inte har fått frågan men att de skulle ha varit i behov av det.

Depressionssymtom, sämre hälsa, ensamhet och boende i vård- och omsorgsboende vanligare bland sexuellt inaktiva

Bland de som inte varit sexuellt aktiva de senaste 12 månaderna skattar en högre andel förhöjda nivåer av depressionssymtom än de som varit sexuellt aktiva (46 jämfört med 32 procent). Detsamma gäller sämre allmänt hälsotillstånd som rapporteras av 61 procent av de som inte varit sexuellt aktiva, jämfört med 46 procent av de som varit sexuellt aktiva. Upplevd ensamhet rapporteras av 31 procent av de som inte varit sexuellt aktiva, jämfört med 15 procent bland de som har varit sexuellt aktiva. Ingen av de direkt intervjuade som bodde på vård- eller omsorgsboende rapporterade att de varit sexuellt aktiva det senaste året.



Figur 19. Andel personer 85 år och äldre som blivit tillfrågade om sexuell hälsa inom hälso- och sjukvården, samt om de upplevt behov av en sådan fråga, i Stockholms län år 2021/2022, uppdelat efter åldersgrupp och kön.

Källa: SWEOLD-Stockholm.

Bostadsförhållanden och hälsa

Inledning

Generellt är boendemiljön i Stockholms län god [33, 34]. Det finns tillgång till rent vatten, frisk luft, bra bostäder och ett väl utbyggt samhälle som erbjuder utbildning, sjukvård och kollektivtrafik för alla. Samtidigt skulle en del kunna förbättras. Föroreningar i både luft, mark och vatten är högre än önskvärt på många platser. Bullernivåerna är mycket höga i vissa områden, framför allt nära större vägar, flygplatser och järnvägsspår.

Flera studier visar att både kort- och långtidsexponering för luftföroreningar kan ha negativa hälsoeffekter, såsom lungproblem, hjärt-kärlsjukdomar och cancer. I de flesta fall är hälsopåverkan liten, men befolkningsstudier har inte kunnat fastställa någon nedre gräns där luftföroreningar inte får negativa hälsoeffekter alls [35].

Buller förknippas i allt högre utsträckning med försämrat välbefinnande och hälsa [36]. Vanliga klagomål i bullerutsatta grupper är svårigheter att kommunicera, allmän bullerstörning och störning av vila, avkoppling och sömn.

De flesta människor tillbringar huvuddelen av sina liv inomhus. Därför är faktorer i inomhusmiljön, som exempelvis värme och kyla, av betydelse för människors livskvalitet och hälsa. Äldre personer är särskilt känsliga för såväl höga som låga temperaturer [37].

Många studier visar att grönska i stadsmiljöer leder till bättre hälsa i befolkningen. Det finns flera teorier om vad det beror på. Bland de mest vedertagna kan nämnas att grönskan lindrar mental och fysiologisk stress, minskar exponering för värme, buller och luftföroreningar, och främjar hälsosamma aktiviteter som motion och social samvaro [38].

Förekomst

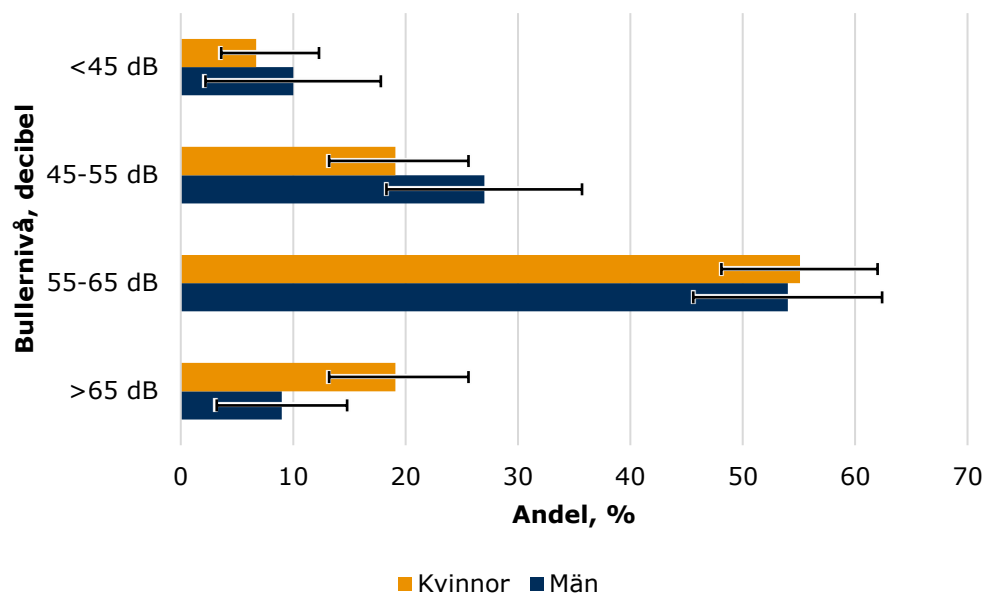
Luftföroreningar har minskat över tid

Kvaliteten på utomhusluften i Stockholms län har blivit mycket bättre de senaste decennierna. Luftkvaliteten i länet är god i internationella jämförelser. Trots det är halterna av luftföroreningar i vissa områden relativt höga. Det gäller särskilt i innerstaden och i närheten av hårt trafikerade vägar. Trots den generellt sett positiva utvecklingen, bidrar därför luftföroreningar utomhus fortfarande till sjukdom och död, främst via lung- och hjärt-kärlsjukdomar men också via cancer [33, 34]. Av deltagarna i SWEOLD-Stockholm bodde ungefär var tionde person i områden där riktvärdena för hälsosamma kvävedioxidhalter överskreds.

Buller vanligt där äldre personer bor

Omgivningsbuller är en av de miljöfaktorer som påverkar flest människor i Stockholms län. Exponeringen för buller riskerar dessutom att stiga på grund av ökad urbanisering, förtätning av bebyggelsen och ökande trafikmängder, men också på grund av att riktvärdena för trafikbuller lättats vid nybyggnation [36].

73 procent av kvinnorna och 63 procent av männen, 85 år och äldre i Stockholms län, bor i områden där Världshälsoorganisationens (WHO) hälsorelaterade riktvärden (55 dB eller mer) överskreds (se figur 20). Trots detta är det endast 7 procent som rapporterar att de besväras av buller och knappt någon som anger att de har svårt att somna eller sova på grund av bullerstörning.

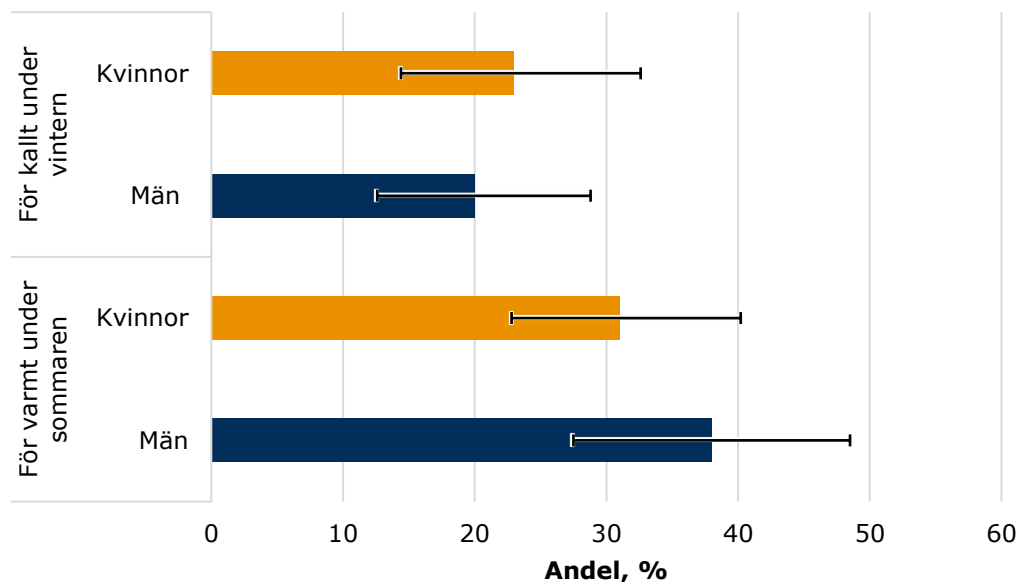


Figur 20. Antal och andel (%) personer 85 år och äldre som exponeras för vägtrafikbuller (vid bostaden) i Stockholms län år 2018, uppdelat efter kön och ljudnivåintervall.

Källa: Trafikflödesuppgifter från år 2018.

Många äldre personer är missnöjda med inomhustemperaturen

En betydande andel av personerna som deltog i SWEOLD-Stockholm rapporterar att de upplever att det blir för varmt inomhus under sommarhalvåret och för kallt inomhus under vinterhalvåret (se figur 21).

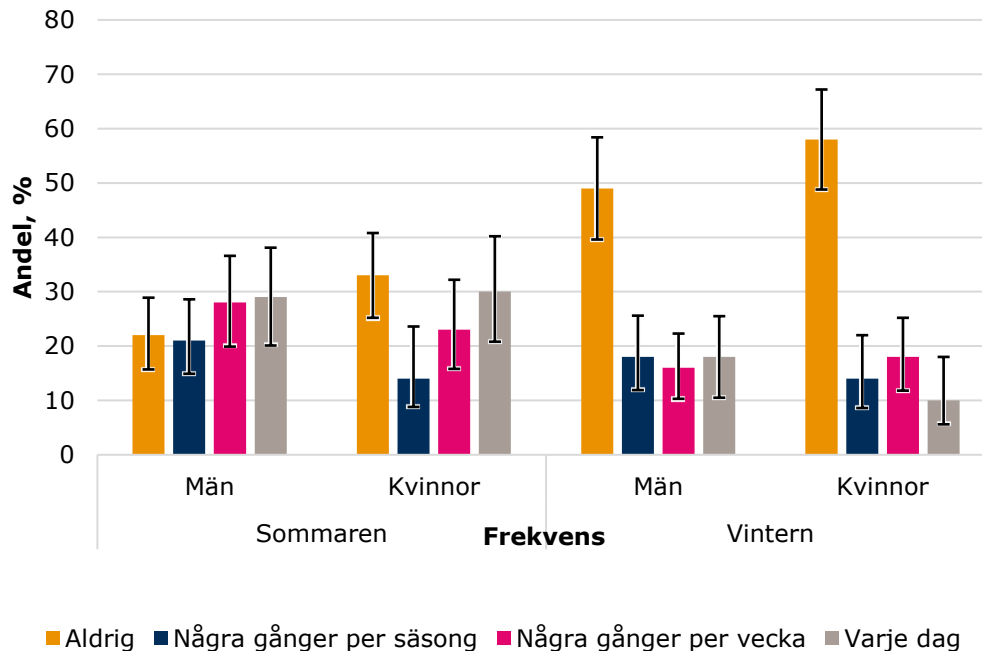


Figur 21. Andel (%) personer 85 år och äldre som upplever att det blir för varmt under sommarhalvåret och för kallt under vinterhalvåret inomhus, i Stockholms län år 2021/2022, uppdelat efter kön.

Källa: SWEOLD-Stockholm.

Många äldre personer besöker grönområden

Växtlighet har många positiva effekter för människors hälsa och kan dessutom motverka de miljöproblem som orsakas av klimatförändringar. De flesta i länet har ett grönområde på gångavstånd från bostaden. En relativt stor andel av personerna som deltog i SWEOLD-Stockholm besöker grönområden under både sommar- och vinterhalvåret (se figur 22).



Figur 22. Andel (%) personer 85 år och äldre som besöker grönområden, i Stockholms län år 2021/2021, uppdelat efter frekvens och kön.

Källa: SWEOLD-Stockholm.

Diskussion och slutsatser

Hög sjukdomsbörda

Gruppen personer som är 85 år och äldre i Stockholms län har generellt en hög sjukdomsbörda. I många avseenden har hälsan dock blivit bättre över tid. Risken att drabbas av en akut hjärtinfarkt eller stroke har minskat påtagligt under de senaste årtiondena. Det finns också tecken på att risken för att drabbas av demenssjukdomar har minskat över tid [39]. Trots den positiva utvecklingen är det fortfarande mycket vanligt med fysisk ohälsa. En majoritet av både männen och kvinnorna bedömer sin egen hälsa som sämre än ”bra” och många rapporterar specifika hälsoproblem.

Två problem som vi inte har behandlat utförligt i den här rapporten men som följer av den höga sjukdomsbördan är multisjuklighet och polyfarmaci. Att ha flera sjukdomar och hälsoproblem samtidigt är mycket vanligt bland de allra äldsta personerna. Av det följer att de ofta är i behov av mycket vård, hjälp och flera olika behandlingar samtidigt.

Polyfarmaci, att ta fem eller flera läkemedel samtidigt, är mycket vanligt bland äldre personer.

Det har uppskattats att drygt 80 procent av personerna i länet som är 80 år och äldre är multisjuka och alltså har mer än en kronisk sjukdom. Ungefär 80 procent har också fem eller fler förskrivna läkemedel [9].

Funktionsnedsättningar leder till betydande hjälpbehov

När man frågar äldre personer vad de anser är viktigt för ett gott åldrande, rankar många bibehållen funktionsförmåga och möjlighet till självständighet högt [11, 12]. Resultaten i den här rapporten visar att funktionsnedsättningar och behov av hjälp i vardagen är mycket vanligt bland de som är 85 år och äldre i länet.

Nästan var femte kvinna och var tionde man som deltog i SWEOLD-Stockholm hade så omfattande omsorgsbehov att de bodde på vård- och omsorgsboende. Men även bland de som bodde i ordinärt boende angav majoriteten att de behövde någon form av hjälp med vardagliga aktiviteter. Det vanligaste var att de behövde hjälp med hushållssysslor, som att städa eller handla mat, men en betydande andel behövde även hjälp med personlig omsorg, som att tvätta sig och klä på och av sig. En majoritet av de intervjuade visade tecken på en begränsad hälsolitteracitet och kan alltså ha påtagliga problem att införskaffa och hantera central information om hur de ska ta hand om sin hälsa, vilket kan leda till ytterligare försämrad hälsa.

I den här rapporten har vi inte behandlat socioekonomiska ojämlikheter i hälsa. Inom litteraturen finns det stöd för att socioekonomiska ojämlikheter i hälsa kvarstår även bland äldre personer, men att skillnaderna tenderar att minska i de högsta åldrarna [40]. Att de socioekonomiska ojämlikheterna i hälsa minskar i högre åldrar ska dock ses mot bakgrund av att sannolikheten att bli så gammal är ojämlikt fördelad. I sin slutrapport visade Kommissionen för jämlik hälsa att sannolikheten att som 30-åring överleva upp till 85 års ålder var betydligt högre för personer med eftergymnasial utbildning än för personer med förgymnasial utbildning [41].

I gengäld har det föreslagits att de stora sociala skillnaderna bland de allra äldsta i stället går mellan de som har funktionsnedsättningar och de som inte har det [42].

Det finns en betydande risk att äldre personers funktionsnedsättningar leder till olika former av socialt utanförskap, med risk för nedsatt livskvalitet. Här finns ett kontinuerligt behov av att bevaka livsvillkoren för äldre personer med funktionsnedsättningar samt att på ett så effektivt sätt som möjligt använda sig av de stödinsatser och hjälpmedel som i dag finns tillgängliga för att kompensera för funktionsnedsättningar och möjliggöra ett aktivt liv. Därtill bör arbetet med att utveckla nya stödformer och innovationer som kan bidra till en ökad självständighet och minskad social isolering för gruppen äldre personer med funktionsnedsättningar främjas.

Många besvärar av psykisk ohälsa

Även psykisk ohälsa är vanligt bland äldre personer. Nästan hälften av de svarande hade resultat som indikerade en risk för depression.

Elva procent av de äldre i Stockholms län anger att de har haft självmordstankar. Det är ungefär tre gånger större prevalens än vad som senast uppskattades för hela den vuxna befolkningen i Stockholms folkhälsoenkät (3 procent), och närmare tio gånger större än vad som uppskattades med den nationella folkhälsoenkäten 2022 (1 procent) [43]. Det är dock i linje med andra studier av självmordstankar bland äldre personer (minst 70 år) i Sverige [44, 45]. Resultaten stämmer också överens med självmordsstatistiken som visar att äldre personer, särskilt män som är 85 år och äldre, har de högsta självmordsfrekvenserna av samtliga åldersgrupper.

Resultaten visar ett samband mellan depressionsrisk och självmordsrisk, men det är inte fullständigt. Detta är i linje med tidigare forskning, som visat att självmordsrisk och psykisk ohälsa inte alltid sammanfaller [46]. Risken för självmordstankar överlappar ändå med risken för depression och nedstämdhet. Att känna nedstämdhet och att bo ensam var de två faktorer som var tydligast kopplade till självmordstankar.

Dessa resultat resonerar tydligt med en rad tidigare studier, som visat att social isolering och ofrivillig ensamhet är vanligt förekommande bland de allra äldsta. Det finns även tydliga samband mellan social isolering, ofrivillig ensamhet samt psykisk och fysisk ohälsa. Äldre personer som är socialt isolerade eller upplever ofrivillig ensamhet löper en förhöjd risk för psykisk och fysisk ohälsa. I dagsläget saknas dock kunskap om orsakssambandens natur [47, 48].

Mer kunskap behövs om äldre personers sexuella hälsa

Våra resultat visar att sex fortsätter att vara en del av livet för en del av personerna som är 85 år och äldre. Nästan var femte man och nästan var tolfte kvinna i åldersgruppen 85 år och äldre (av de som direktintervjuats) uppgav att de hade varit sexuellt aktiva det senaste året.

Våra resultat ligger i linje med tidigare studier där i huvudsak yngre äldre personer studerats [29–31] och som visar att den sexuella aktiviteten minskar i takt med ökande ålder medan den sexuella nöjdheten tycks vara relativt stabil, efter en viss minskning kring pensionsåldern [49]. En markant högre andel bland de sexuellt aktiva var nöjda med sexlivet, jämfört med de som inte varit sexuellt aktiva. I linje med tidigare studier visar våra resultat att kvinnor tenderar att bli mer nöjda med sexlivet [32] och mindre oroade över sexuell funktion i takt med ökande ålder, jämfört med män [50].

Hos både män och kvinnor var de vanligaste besvären relaterat till sexlivet att ha saknat njutning av att ha sex och att sakna sexlust. Var femte man upplevde hälsoproblem med påverkan på sexlivet och cirka var sjunde kvinna angav att de saknat en sexpartner. Fler äldre kvinnor än män lever ensamma [50], vilket är en möjlig förklaring till att fler kvinnor än män saknar en sexpartner.

Trots att det var vanligt med nedsatt sexuell lust och njutning samt hälsoproblem relaterade till sexlivet, särskilt bland män, var det ytterst få som hade fått frågan om sexuell hälsa i kontakt med hälso- och sjukvården. Den absoluta merparten rapporterade även att de inte hade behov av en sådan fråga, medan en mindre grupp uppgav att de hade haft behov av det. Tidigare studier har visat att äldre personer förväntar sig att frågor om sexuell hälsa ska initieras av sjukvårdspersonal [51], samtidigt som sjukvårdspersonal upplever sig ha bristande kunskaper om äldre personers sexuella hälsa och känner skam eller stigma inför att tillfråga äldre personer om deras sexuella hälsa [52, 53].

Sammantaget pekar resultaten på behovet av mer dialog och kunskap om äldre personers sexuella hälsa. Insatser kan med fördel riktas så att vårdpersonal i ökad utsträckning är rustade att initiera och föra samtal om sexuell hälsa.

Sexuell hälsa bland de allra äldsta är ett understuderat område och denna rapport kan med fördel ses som en hypotesgenererande inledning till kommande studier. Framtida studier bör inkludera ett större urval och kan med fördel studera skillnader och likheter mellan olika grupper av äldre personer, samt vilka levnadsvillkor som främjar eller begränsar sexuell aktivitet och sexuell hälsa.

Vanligt med brister i boendemiljön

Medan rapporten visar att merparten av de äldre personerna bor i områden med låga halter av luftföroreningar, så bor ändå ungefär var tionde person i områden där riktlinjerna för hälsosamma kvävedioxidhalter överskrids. Förhöjda halter av kvävedioxid, i huvudsak nära starkt trafikerade områden, har visats ge en långsiktigt ökad risk för en rad hälsoutfall. Det handlar framför allt om risken att dö i luftvägssjukdom eller hjärtinfarkt, men även risken att få lungcancer, låg lungfunktion, fler astmaattacker (hos astmatiker) och andra symtom från luftvägarna [54].

Trots att merparten av de äldre personerna i studien bor i områden med ljudnivåer från trafik som överstiger riktvärdet är det mycket få som rapporterar att de störs av vägtrafikbuller. Detta kan bero på att de äldre håller sig inomhus och bor i större bostäder som är mindre bullerutsatta, men också på att äldre personer i större utsträckning har nedsatt hörsel [36].

Höga inomhustemperaturer kan leda till bland annat till förhöjd kroppstemperatur, illamående, kräkningar, yrsel och värmeslag. Låg temperatur inomhus är associerad med en ökad förekomst av olika förkylningsvirus, influensa och hjärt- och kärlsjukdomar samt sjukdomar i luftvägarna. En betydande andel av de intervjuade äldre personerna uppger att det blir för varmt i bostaden under sommarhalvåret och för kallt under vinterhalvåret. Detta är bekymmersamt då äldre personer är särskilt sårbara för såväl höga som låga inomhustemperaturer [37].

Under de senaste tio åren har nya forskningsrön om de positiva hälsoeffekterna av att vistas i grönområden ökat dramatiskt. Jämfört med den övriga vuxna befolkningen (18–85 år), var det endast hälften så många bland de som är 85 år och äldre som besöker ett grönområde en gång varje vecka eller oftare [33].

Ta höjd för en åldrande befolkning

Gruppen som är 85 år och äldre i Stockholms län kommer att växa betydligt under de närmaste årtiondena. Om statistikmyndigheten SCB:s prognos stämmer kommer antalet kvinnor och män i Stockholms län som är 85 år och äldre att öka med drygt 70 procent under de kommande 10 åren. I grund och botten är det en mycket positiv utveckling, som följer av att stora födelsekohorter nu når höga åldrar, delvis som en följd av god folkhälsa och låga dödsrisker tidigare i livet. Samtidigt utgör det en utmaning för samhället. Det är en grupp som präglas av hög sjukdomsbörda, komplexa hälsoproblem och betydande behov av vård- och omsorg. Även om folkhälsan i gruppen på många sätt har förbättrats över tid är det osannolikt att dessa förbättringar helt kommer att kompensera för det kraftigt ökande antalet äldre personer i gruppen. Som samhälle behöver vi ta höjd för utvecklingen.

Medan folkhälsoarbete och sjukvård i yngre åldersgrupper i hög grad handlar om att förebygga och behandla sjukdom, finns det anledning att ta ett bredare fokus när det handlar om äldre personer. Kroniska sjukdomar är mycket vanliga i gruppen. Det innebär att en folkhälsobevakning som bara bygger på att följa enskilda sjukdomar får svårt att skilja på grupper med olika sjukdomsbörda. På samma sätt riskerar ett sjukvårdssystem som bara är inriktat på att behandla enskilda sjukdomar att misslyckas med att hjälpa äldre personer att kompensera för sina funktionsnedsättningar [55]. WHO föreslår att vården av äldre personer ska struktureras så att den erbjuder en integrerad vård och omsorg som syftar till att uppnå och upprätthålla den äldre personens funktionella kapacitet [56]. På samma sätt bör bevakningen av folkhälsan bland äldre personer bevaka förekomsten av funktionsnedsättningar och skörhet, utöver specifika sjukdomar och hälsotillstånd.

Äldre personer behöver en sjukvård som kan hantera komplexa hälsotillstånd, men även sociala insatser som kan kompensera för funktionsnedsättningar. Det handlar om hjälp med att klara av vardagslivet, hushållssysslor och personlig omsorg. Men det handlar också om att bryta det sociala utanförskap som kan följa av funktionsnedsättningar, att möjliggöra meningsfulla aktiviteter i och utanför bostaden samt att upprätthålla sociala relationer, även för äldre personer som har olika typer av funktionsnedsättningar. Den kraftiga ökningen av personer som är 85 år och äldre som väntas i länet under kommande årtionden kommer sannolikt att åtföljas av ett ökande behov av vård och omsorg. En viktig fråga är hur det behovet bäst kan mötas av, och fördelas mellan, sjukvård, socialtjänst och civilsamhälle.

Referenser

1. Statistikmyndigheten. Folkmängden den 1 november efter region, ålder och kön. År 2002-2022. [internet]. [uppdaterad 2022-12-09, citerad 2023-04-13]. Hämtad från:
https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101A/FolkmangdNov/
2. von Saenger, I., Dahlberg, L., Augustsson, E., Fritzell, J., & Lennartsson, C. (2023). Will your child take care of you in your old age? Unequal caregiving received by older parents from adult children in Sweden. *European Journal of Ageing*, 20(1), 8.
3. Kelfve, S., Thorslund, M., & Lennartsson, C. (2013). Sampling and non-response bias on health-outcomes in surveys of the oldest old. *European journal of ageing*, 10, 237-245.
4. Bartelink V, Lager A (redaktörer). Folkhälsorapport 2023. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2023.
5. Lennartsson, C., Agahi, N., Hols-Salen, L., Kelfve, S., Kåreholt, I., Lundberg, O., ... & Thorslund, M. (2014). Data resource profile: the Swedish panel study of living conditions of the oldest old (SWEOLD). *International journal of epidemiology*, 43(3), 731-738.
6. Socialstyrelsen. [internet]. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikdatabasen/>
7. Bartelink, V. Introduktion och metod. I Bartelink, V, Lager, A. (redaktörer). Folkhälsorapport 2023. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2023.
8. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare [Internet]. IHME, University of Washington; 2023. Tillgänglig vid:
<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
9. Forslund, T., Carlsson, A. C., Ljunggren, G., Ärnlöv, J., & Wachtler, C. (2021). Patterns of multimorbidity and pharmacotherapy: a total population cross-sectional study. *Family Practice*, 38(2), 132-139.
10. Wastesson, J. W., Morin, L., Tan, E. C., & Johnell, K. (2018). An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review. *Expert opinion on drug safety*, 17(12), 1185-1196.
11. Tkatch, R., Musich, S., MacLeod, S., Kraemer, S., Hawkins, K., Wicker, E. R., & Armstrong, D. G. (2017). A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: keys to aging successfully. *Geriatric nursing*, 38(6), 485-490.
12. Badache, A., Hachem, H., & Mäki-Torkko, E. (2023). The perspectives of successful ageing among older adults aged 75 : A systematic review with a narrative synthesis of mixed studies. *Ageing & Society*, 43(5), 1203-1239. doi:10.1017/S0144686X21001070.
13. Dekhtyar, S. Demens. I Bartelink, V, Lager, A. (redaktörer). Folkhälsorapport 2023. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2023.
14. Nichols, E., Steinmetz, J. D., Vollset, S. E., Fukutaki, K., Chalek, J., Abd-Allah, F., ... & Liu, X. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, 7(2), e105-e125.

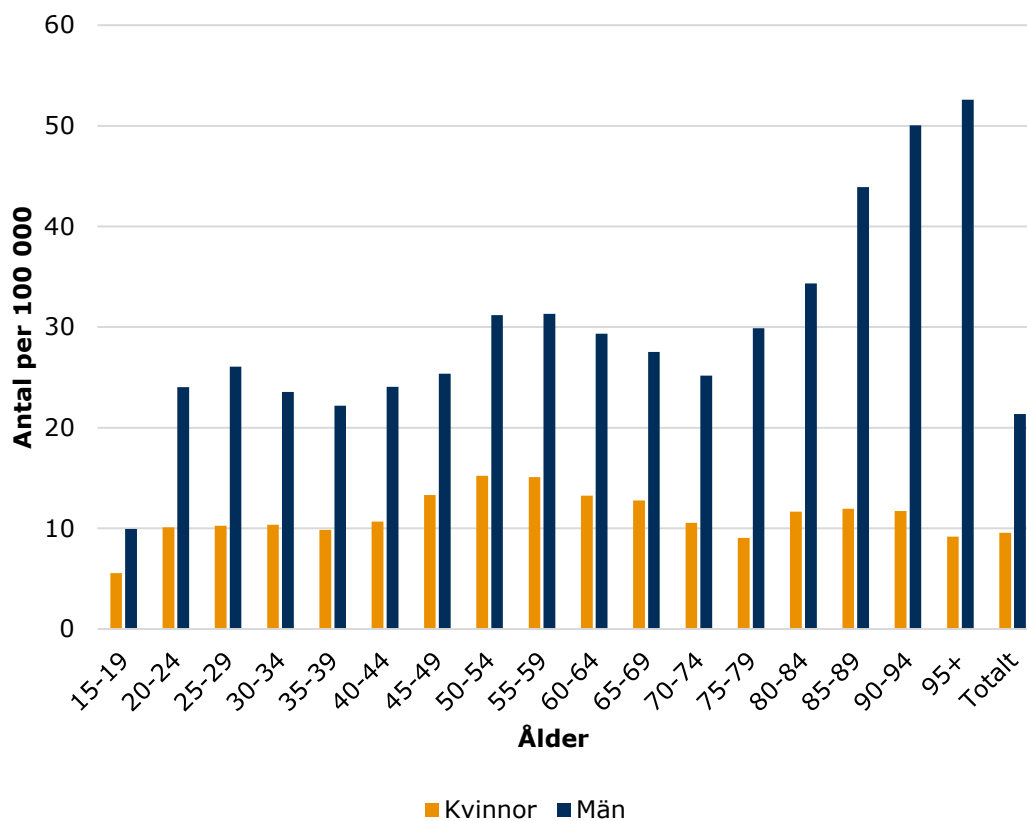
15. Wångdahl, J. M., & Mårtensson, L. I. (2014). The communicative and critical health literacy scale—Swedish version. *Scandinavian journal of public health*, 42(1), 25-31.
16. Ahrenfeldt, L. J., Lindahl-Jacobsen, R., Rizzi, S., Thinggaard, M., Christensen, K., & Vaupel, J. W. (2018). Comparison of cognitive and physical functioning of Europeans in 2004-05 and 2013. *International journal of epidemiology*, 47(5), 1518-1528.
17. Hossin, M. Z., Östergren, O., & Fors, S. (2019). Is the association between late life morbidity and disability attenuated over time? Exploring the dynamic equilibrium of morbidity hypothesis. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(8), e97-e106.
18. Badache, A. C., Mäki-Torkko, E., Widen, S., & Fors, S. (2023). Why are old-age disabilities decreasing in Sweden and Denmark? Evidence on the contribution of cognition, education, and sensory functions. *The Journals of Gerontology: Series B*, 78(3), 483-495.
19. Williams, R. L. (2013). Overview of the Flynn effect. *Intelligence*, 41(6), 753-764.
20. Söderberg, P., Yu, Z., Malmqvist, L. D., Sandberg-Melin, C., Galichanin, K., & Talebizadeh, N. (2016). Katarakt-: ett optiskt problem i ögats lins. *Läkartidningen*, 113, 1532-1536.
21. Mårtensson L, Wångdahl J. SKKHL. Skala för kommunikativ och kritisk hälsolitteracitet. Svensk version. Handledning för hur du ska använda skalan. Göteborg och Uppsala: Göteborgs universitet och Uppsala universitet.
22. Van As BAL, Imbimbo E, Franceschi F, Menesini E, Nocentini A. The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: a systematic review. *International Psychogeriatrics*. 2022;34(7):657–669.
23. Schmutte TJ, Wilkinson ST. Suicide in older adults with and without known mental illness: results from the national violent death reporting system. *American Journal of Preventive Medicine*. 2020;58(4):584-590.
24. Kessler RC, Foster C, Webster PS, House JS. The relationship between age and depressive symptoms in two national surveys. *Psychology and Aging*. 1992;7:119-126.
25. Brodaty H, Luscombe G, Parker G, Wilhelm K, Hickie I, Austin M-P, Mitchell P. Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology. *Journal of Affective Disorders*. 2001;66:225-236.
26. WHO. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*: World Health Organization.
27. Starrs, A. M., Ezech, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., . . . Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet (British edition)*, 391(10140), 2642-2692. doi:10.1016/S0140-6736(18)30293-9
28. Beckman, N., Waern, M., Gustafson, D., & Skoog, I. (2008). Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. *Bmj*, 337(7662), 151-154. doi:10.1136/bmj.a279
29. Bock, D., Angenete, E., Gonzales, E., Heath, J., & Haglind, E. (2018). Assessing health, quality of life and urogenital function in a sample of the Swedish general

- population: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(5), e021974-e021974. doi:10.1136/bmjopen-2018-021974
30. Folkhälsomyndigheten. (2019). Sexuell reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige från 2017. Retrieved from Stockholm: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/s/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-i-sverige-2017/?pub=60999>
 31. Stentagg, M., Skär, L., Berglund, J. S., & Lindberg, T. (2021). Cross-Sectional Study of Sexual Activity and Satisfaction Among Older Adult's ≥ 60 Years of Age. *Sexual Medicine*, 9(2), 100316. doi:<https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.100316>
 32. Štulhofer, A., Hinchliff, S., Jurin, T., Carvalheira, A., & Træen, B. (2019). Successful aging, change in sexual interest and sexual satisfaction in couples from four European Countries. *European Journal of Ageing*, 16, 155-165.
 33. CAMM 2017. Miljöhälsorapport Stockholms län 2017. Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting. Stockholm, december 2021.
 34. CAMM. Miljöhälsorapport Stockholms län 2021. Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting. Stockholm, december 2021.
 35. CAMM 2021. Utomhusluften i Stockholms län Exponering, utsatta grupper och besvär. Rapport 2021:01
 36. CAMM 2020. Trafikbuller i befolkningen Exponering, utsatta grupper och besvär. Rapport 2020:03
 37. WHO. WHO Housing and health guidelines. Geneva: World Health Organisation, 2018.
 38. CAMM 2022. Tillgång till bostadsnära grönska i befolkningen Exponering, utsatta grupper och besvär. Rapport 2022:04
 39. Ding M, Qiu C, Rizzuto D, Grande G, Fratiglioni L. Tracing temporal trends in dementia incidence over 25 years in central Stockholm, Sweden. *Alzheimers Dement*. 2020 May;16(5):770-778. doi: 10.1002/alz.12073. Epub 2020 Apr 9. PMID: 32270625.
 40. Fritzell, J. & Rehnberg, J. (2023). Divergence and convergence: how health inequalities evolve as we age. I Hoffman, R. (redaktör). *Handbook of health inequalities across the life course*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
 41. Lundberg, O., Albin, M., Bergmark, Å., Hartman, L., Kristenson, M., Nilsson, P., ... & Sandberg, E. (2017). Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa–Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. *Stockholm: SOU*.
 42. Gilleard, C., & Higgs, P. (2020). Precarity and the assumption of rising insecurity in later life: a critique. *Ageing & Society*, 40(9), 1849-1866.
 43. Folkhälsomyndigheten. Nationella Folkhälsoenkäten. 2022.
 44. Mellqvist Fässberg M, Östling S, Börjesson-Hanson A, Skoog I, Wärn M. Suicidal feelings in the twilight of life: a cross-sectional population-based study of 97-year-olds. *BMJ Open*. 2013;3:e002260.
 45. Mellqvist Fässberg M, Vanaelst B, Jonson M, Sterner TR, Ahlner F, Wetterberg H, Rydén L, Kern S, Sigström R, Zettergren A, Skoog I, Wärn M. (2019). Epidemiology of suicidal feelings in an ageing Swedish population: from old to very old age in the Gothenburg H70 Birth Cohort studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2019;29(e26):1-14.

46. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, Musacchio K, Jaroszewsk AC, Chang BP, Nock MK. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*. 2017;43(2): 187-232.
47. Dahlberg, L., Frank, A., & Lennartsson, C. (2020). *Ensamhet bland äldre personer i Norden*. Nordic Council of Ministers.
48. Bartelink V, Fredlund P, Lager A. Ensamhet i Stockholms län – resultat från Stockholms läns folkhälsokohort. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2021. Rapport 2021:10
49. Henning, G., Segel-Karpas, D., Praetorius Björk, M., Bjälkebring, P., & Berg, A. I. (2022). Retirement and Sexual Satisfaction. *The Gerontologist*. doi:10.1093/geront/gnac102
50. Lee, D. M., Nazroo, J., O'Connor, D. B., Blake, M., & Pendleton, N. (2016). Sexual Health and Well-being Among Older Men and Women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Archives of sexual behavior*, 45(1), 133-144. doi:10.1007/s10508-014-0465-1
51. Williams, S. L., Haskard, K. B., & DiMatteo, M. R. (2007). The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: effective communication with vulnerable older patients. *Clinical interventions in aging*, 2(3), 453.
52. Nash, P., Willis, P., Tales, A., & Cryer, T. (2015). Sexual health and sexual activity in later life. *Reviews in clinical gerontology*, 25(1), 22-30. doi:10.1017/S0959259815000015
53. Ports, K. A., Barnack-Tavlaris, J. L., Syme, M. L., Perera, R. A., & Lafata, J. E. (2014). Sexual health discussions with older adult patients during periodic health exams. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(4), 901-908. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4657130/pdf/nihms736696.pdf>
54. WHO global air quality guidelines. Particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
55. Beard, J. R., Officer, A., De Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., ... & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The lancet*, 387(10033), 2145-2154.
56. World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization.

Bilaga

Bilaga 1. Andel självmord per åldersgrupp



Figur A. Genomsnittligt antal självmord (säkra och osäkra) per 100 000 invånare i Sverige under åren 2012–2021, uppdelat efter ålder och kön.

Källa: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention.

ISBN 978-91-988020-7-8



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
REGION STOCKHOLM